



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**Realização de testes rápidos (*point-of-care*) em farmácias
comunitárias: perspetiva dos utentes e farmacêuticos**

21º Curso de Mestrado em Saúde Pública

Inês Filipa Laranjo Figueira

Outubro de 2020



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**Realização de testes rápidos (*point-of-care*) em farmácias
comunitárias: perspetiva dos utentes e farmacêuticos**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Sónia Dias e do Doutor António Teixeira Rodrigues

Outubro de 2020

Agradecimentos

O presente trabalho não teria sido o mesmo sem o apoio de algumas pessoas a quem gostaria de prestar o meu especial agradecimento.

Começo por agradecer à Professora Sónia Dias por me ter acolhido na sua equipa, orientado e ensinado ao longo deste processo, dando-me sempre confiança para trabalhar autonomamente.

Ao Dr. António Teixeira Rodrigues pelo apoio e disponibilidade para esclarecer as minhas dúvidas.

À Maria, que me auxiliou na componente qualitativa e moderou os grupos focais.

Um enorme obrigada aos meus pais, pela paciência e apoio constantes ao longo de todo o meu percurso.

Ao meu irmão por não me melgar muito na etapa final deste trabalho.

À minha família e amigos pelo carinho e força que sempre me transmitiram.

Ao Nuno, por ser o meu refúgio e equilíbrio, por acreditar em mim e me apoiar incondicionalmente.

Por fim, agradeço aos meus colegas de curso e em particular a três pessoas muito especiais que me ensinaram, motivaram e apoiaram ao longo desta montanha-russa a que chamam dissertação. Louíse, Patrícia e Mariana, obrigada.

Resumo

No âmbito do projeto *Fast Track Cities*, foi implementado um projeto piloto de testes rápidos *point-of-care* para o vírus da imunodeficiência humana, o vírus da hepatite B e o vírus da hepatite C, nas farmácias de Cascais. Este trabalho pretendeu caracterizar os utentes que aderem aos testes, identificar facilitadores e barreiras à adesão nesse local.

O estudo apresenta duas componentes: uma quantitativa com aplicação de um questionário a 210 utentes no momento dos testes e outra qualitativa com a realização de grupos focais com 15 farmacêuticos envolvidos no projeto. Avaliou-se a associação entre diversos fatores e a adesão a cada teste, recorrendo-se ao teste Qui-Quadrado e ao coeficiente de correlação de *Spearman* com um intervalo de confiança de 95% (IC 95%). Os dados qualitativos foram estudados segundo uma análise de conteúdo.

Os homens, pessoas nativas, com maior nível de escolaridade e heterossexuais aderiram mais aos testes. A média de idades foi de 35 anos. Quase metade dos utentes indicou nunca ter feito os testes. O motivo mais frequente para os rastreios foram as relações sexuais desprotegidas. Foram reportados como facilitadores para os utentes a rapidez, confidencialidade e confiança no farmacêutico, e como barreiras o estigma associado às infeções e o processo de referenciação. Os farmacêuticos consideraram como facilitadores a formação inicial, o protocolo orientador e a relação com o utente, identificando como barreiras os materiais de testagem, as condições logísticas, o tempo, o desconhecimento da continuidade do processo do utente e o autoteste.

A farmácia constitui assim um local de rastreio efetivo, com particular relevância para quem é testado pela primeira vez, heterossexuais e alguns migrantes, embora seja necessário compreender e reduzir barreiras e aumentar a adesão de grupos específicos.

Palavras-chave: testes rápidos *point-of-care*; farmácia; adesão; barreiras

Abstract

As part of the Fast Track Cities project, a pilot project of rapid point-of-care screening tests for human immunodeficiency virus, hepatitis B virus and hepatitis C virus has been implemented in pharmacies in Cascais. This study aimed to characterise the pharmacy users who adhere to the tests, to identify access facilitators and barriers of that place.

The study has two components: a quantitative one with the application of a questionnaire to 210 users at the time of the tests and a qualitative one with the realization of focus groups with 15 pharmacists involved in the project. The association between different several factors and the adherence was evaluated using the Q-Square test and the Spearman coefficient with a 95% confidence interval (95% CI). Qualitative data were studied according to content analysis.

Men, native people, people with higher education and heterosexuals adhered more to the tests. The mean age was 35 years. Almost half of the pharmacy users indicated that they had never done the tests. The most frequent reason for screening was unprotected sexual intercourse. Speed, confidentiality and trust in the pharmacist were reported as facilitators, and as barriers the stigma associated with infections and the referral process. Pharmacists considered initial training, the guiding guidance protocol and the relationship with the user as facilitators, identifying as barriers the testing materials, logistical conditions, time, lack of knowledge about the continuity of the user process and the self-test as barriers.

The pharmacy is thus an effective screening site, with particular relevance for those who are first tested, heterosexuals and some migrants, although it is necessary to understand and reduce barriers and increase the support of specific groups.

Key-words: rapid point-of-care tests; pharmacy; adherence; barriers

Índice

1 Introdução	1
2. Enquadramento teórico	3
2.1 VIH/SIDA	3
2.1.1 Contexto epidemiológico do VIH/SIDA.....	3
2.1.2 Caracterização e processo de infeção do VIH/SIDA	6
2.1.3 Modos de transmissão do VIH	8
2.2 VHB e VHC	9
2.2.1 Contexto epidemiológico do VHB.....	9
2.2.2 Contexto epidemiológico do VHC	11
2.2.3 Caracterização e processo de infeção do VHB e VHC.....	13
2.2.4 Modos de transmissão do VHB e do VHC	14
2.3 Coinfecção por VIH, VHB e VHC	15
2.4 Prevenção de infeção por VIH, VHB e VHC.....	16
2.4.1 Prevenção primária.....	16
2.4.2 Prevenção Secundária.....	19
2.4.2.1 Métodos de rastreio.....	20
2.5 Contextos de aplicação dos rastreios.....	22
2.5.1 Testes de rastreio <i>point-of-care</i> em farmácias comunitárias	29
3. Objetivos	35
4. Métodos.....	37
4.1 Desenho de estudo.....	37
4.2 Componente quantitativa	37
4.2.1 Participantes do estudo	37
4.2.2 Procedimentos de recolha de dados e instrumentos.....	37
4.2.3 Tratamento e análise de dados	39
4.3 Componente qualitativa	39

4.3.1 População e amostra do estudo	39
4.3.2 Procedimentos de recolha de dados e instrumentos.....	40
4.3.3 Tratamento e análise de dados	41
4.4 Considerações éticas.....	42
5. Resultados	45
5.1 Componente quantitativa	45
5.2 Componente qualitativa	55
5.2.1 Caracterização da amostra.....	55
5.2.2 Análise de conteúdo	56
5.2.2.1 Caracterização dos utentes que realizam os testes na farmácia	56
Adesão.....	56
- Grupos que recorrem à farmácia para realizar os testes.....	56
- Grupos menos abrangidos pelos rastreios.....	57
Recetividade e procura dos rastreios	57
Meio de conhecimento dos rastreios.....	58
Motivos de realização dos testes de rastreio.....	58
Elementos facilitadores para os utentes.....	59
Barreiras à adesão por parte dos utentes	61
5.2.2.2 Perspetiva dos farmacêuticos.....	61
Opinião sobre a realização de rastreios	61
Aspetos mais valorizados no procedimento	62
- Aconselhamento Pré-teste.....	62
- Aconselhamento Pós-teste	63
- Comunicação dos resultados.....	63
Recetividade à referenciação.....	64
Elementos facilitadores para os farmacêuticos	65
Elementos que constituem barreiras para os farmacêuticos	65
5.2.2.3 Implementação do projeto	67

Operacionalização dos rastreios nas farmácias	67
Fatores condicionantes da implementação do projeto.....	67
5.2.2.4 Sugestões	68
- Sugestões para a eliminação de barreiras	68
- Sugestões para aumentar a adesão aos rastreios	69
5.2.2.5 Rastreios em período de pandemia.....	69
6. Discussão.....	71
6.1 Sugestões para investigação futura	85
6.2 Implicações para a prática	86
7. Conclusões.....	89
8. Referências	91
Apêndice 1 – Questionário aplicado aos utentes	103
Apêndice 2 – Consentimento informado dos farmacêuticos	105
Apêndice 3 – Dados sociodemográficos.....	107
Apêndice 4 – Guião orientador dos grupos focais.....	109
Apêndice 5 – Totalidade de motivos assinalados pelos utentes e que levaram à realização do(s) teste(s)	111
Apêndice 6 – Correlações dos fatores valorizados na escolha da farmácia.....	113

Lista de tabelas

Tabela 1 – Caracterização da amostra com frequências absolutas e relativas referentes ao questionário.	45
Tabela 2 – Teste Qui-Quadrado para sexo x naturalidade.....	48
Tabela 3 – Teste Qui-Quadrado para idade x motivo: nunca ter feito o teste.....	49
Tabela 4 – Teste Qui-Quadrado para realização do teste de VHC x motivo: nunca ter feito o teste.	50
Tabela 5 – Teste Qui-Quadrado para idade x motivo: teve relação sexual desprotegida.	50
Tabela 6 – Teste Qui-Quadrado para sexo x teve relações sexuais com pessoas do mesmo sexo.	52
Tabela 7 – Teste Qui-Quadrado para idade x fazer o teste de VIH pela primeira vez.	53
Tabela 8 – Teste Qui-Quadrado para realização do teste de VIH pela primeira vez x realização do teste de VHC pela primeira vez.....	54
Tabela 9 – Teste Qui-Quadrado para realização do teste de VIH pela primeira vez x realização do teste de VHB pela primeira vez.....	54
Tabela 10 – Caracterização dos participantes dos grupos focais.	55

Lista de quadros

Quadro 1 – Novos casos de infecção por VIH (≥ 15 anos) diagnosticados em 2018: distribuição por grupo etário e sexo e respetivas taxas de diagnóstico. 5

Quadro 2 – Características dos testes serológicos para deteção de VIH. 21

Lista de figuras

Figura 1 - Casos de infecção por VIH (1983 a 2018), distribuição segundo o modo de transmissão e ano de diagnóstico.	9
Figura 2 – Testes rápidos realizados nos CSP: tendências temporais do número de testes realizados e de proporção de reatividade.	27
Figura 3 – Testes rápidos realizados nos CAD: tendências temporais do número de testes realizados e de proporção de reatividade.....	28
Figura 4 – Testes rápidos realizados em organizações não-governamentais e de base comunitária: tendências temporais do número de testes realizados e de proporção de reatividade.	28

Lista de abreviaturas

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

AAD – Antivirais de ação direta

AgHB – Antigénio de superfície do VHB

CAD – Centro de aconselhamento e deteção precoce do VIH

CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*

CDP – Programa de Distribuição de Preservativos (*Condom Distribution Program*)

CEFAR – Centro de Estudos e Avaliação em Saúde

CISP – Centro de Investigação em Saúde Pública

CLIA – Ensaio de quimioluminescência

DST – Doença sexualmente transmissível

ECDC – *European Centre for Disease Prevention and Control*

ECL – Ensaio de eletroquimioluminescência

EEE – Espaço Económico Europeu

EIA – Imunoensaios enzimáticos

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

HCC – Hepatocarcinoma

HTLV-III – Vírus linfotrópico da célula-T humana

INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde

INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

IST – Infecção sexualmente transmissível

LAV – Vírus associado à linfadenopatia

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização não governamental

PAP – Programa de Acesso Precoce

PCP – *Pneumocystis pneumonia*

PNHV – Programa Nacional para as Hepatites Virais

PNV – Programa Nacional de Vacinação

PNVIHSIDA – Programa Nacional para a Infecção VIH, SIDA e Tuberculose

PrEP – Profilaxia pré-exposição

PTS – Programa de Troca de Seringas

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SIDA – Síndrome da imunodeficiência adquirida

SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SIV – Vírus da imunodeficiência símia

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

TAN – Teste de ácidos nucleicos

TARV – Tratamento antirretroviral para o VIH

TDR – Teste de diagnóstico rápido

UE – União Europeia

UNAIDS – *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*

VHB – Vírus da hepatite B

VHC – Vírus da hepatite C

VIH – Vírus da imunodeficiência humana

VIH-1 – Vírus da imunodeficiência humana tipo 1

VIH-2 – Vírus da imunodeficiência humana tipo 2

1. Introdução

De entre as doenças transmissíveis, o vírus da imunodeficiência humana (VIH), agente etiológico da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), bem como o vírus da hepatite B (VHB) e o vírus da hepatite C (VHC), constituem três das principais causas de morbilidade e mortalidade a nível global¹, sendo por isso questões de Saúde Pública que requerem enfoque.

De acordo com dados do *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS), em 2019, 38 milhões de pessoas viviam com VIH/SIDA, 1.7 milhões correspondiam a novos casos e registaram-se 690.000 óbitos devido a doenças associadas a esse vírus². O número de casos deverá, no entanto, ser superior ao registado, uma vez que segundo estimativas de 2017, cerca de 25% das pessoas infetadas não sabe que apresenta o vírus³. Em relação a Portugal, a prevalência de VIH era de 0,5% em 2018 (41.000 pessoas viviam com o vírus), valor superior ao da média europeia⁴. Apesar da tendência decrescente, Portugal continua a ser um dos países da União Europeia (UE) com maior taxa de novos diagnósticos de infeção por VIH e de SIDA, obtendo também valores superiores no que respeita a proporção de diagnósticos tardios⁵. Procurando intervir sobre este problema, em 2017, Portugal passou a integrar o programa “*Fast Track Cities* - Cidades na via rápida para acabar com a epidemia do VIH”, o qual preconiza os objetivos 90-90-90 da UNAIDS⁶ até 2020, isto é, que 90% das pessoas que vivem com VIH tenham conhecimento do seu diagnóstico, 90% das pessoas diagnosticadas estejam em tratamento antirretrovírico e 90% das pessoas em tratamento apresentem carga vírica suprimida, tendo como objetivo último conseguir eliminar a epidemia do VIH/SIDA até 2030.

No que concerne o VHB e VHC, os valores apresentados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) indicaram um registo mundial de, respetivamente, 257 milhões e 71 milhões de casos de infeção crónica, no ano de 2015⁷. Em Portugal, a evidência epidemiológica relativa a estes vírus é escassa. Não obstante, segundo um estudo de 2016 de Carvalhana *et al.*, estimou-se que a prevalência de VHB fosse de 1,45% e a de VHC de 0,54%⁸. Estes valores são, no entanto, superiores em determinados grupos como reclusos, homens que fazem sexo com homens e utilizadores de drogas injetáveis, grupo particularmente endémico^{8,9}.

Tanto o VIH como o VHB e VHC evidenciam estar relacionados com comportamentos de risco semelhantes, observando-se por isso que da totalidade de indivíduos que vivem com VIH cerca de 7,4% apresenta também VHB, e que cerca de 6,2% esteja ou tenha estado infetado por VHC^{10,11}. No contexto português, o Programa

Nacional para a Infecção VIH, SIDA e Tuberculose (PNVIHSIDA) e o Programa Nacional para as Hepatites Virais (PNHV) têm procurado contribuir para a prevenção e controlo destes vírus^{12,13}. Estes programas prioritários destacam a importância das prevenções primária e secundária, nomeadamente, através da realização de rastreios para deteção precoce dos vírus uma vez que, quando identificados precocemente, é possível evitar a sua evolução para estadios crónicos. Aconselha-se, por isso, que estes testes sejam promovidos por diferentes entidades e em diferentes níveis de cuidados de saúde de modo a torná-los mais acessíveis. Neste sentido, e tendo em consideração a sua posição privilegiada junto da comunidade, a publicação do Despacho nº 2522/2018 tornou possível a realização de testes rápidos (*point-of-care*) de rastreio em laboratórios de patologia clínica/análises clínicas e farmácias¹⁴, complementarmente aos contextos dos serviços primários, hospitalares e de organizações não governamentais (ONGs).

Atualmente, encontra-se a decorrer um projeto piloto nas farmácias comunitárias de Cascais, onde se realizam testes *point-of-care* para deteção do VIH, VHB e VHC, sendo estes aplicados por farmacêuticos com formação específica para essa função.

Uma vez que as farmácias comunitárias constituem um novo local de rastreio para o VIH, VHB e VHC em Portugal, revela-se relevante compreender em maior detalhe as possíveis barreiras e facilitadores à realização dos testes neste contexto.

O presente estudo pretende assim caracterizar os utentes que realizam testes *point-of-care* nas farmácias comunitárias, identificar os fatores associados à escolha deste contexto, bem como identificar os seus fatores facilitadores e barreiras de modo a gerar evidência que ajude a definir estratégias que contribuam para o melhoramento deste serviço.

A estrutura do trabalho encontra-se organizada em sete capítulos, começando com uma contextualização sobre a temática e a sua pertinência, seguindo-se um capítulo de enquadramento teórico no qual os vírus em questão são caracterizados do ponto de vista virológico e epidemiológico, sendo também abordados alguns métodos de prevenção, com particular enfoque nos rastreios em farmácias comunitárias. O terceiro capítulo apresenta o objetivo geral bem como os objetivos específicos do estudo, ao qual se segue o quarto capítulo onde são descritos os seus métodos, contemplando o seu desenho, a população-alvo e considerações éticas. No quinto capítulo são apresentados os resultados obtidos e no capítulo seguinte procede-se à discussão dos mesmos, tendo em conta as limitações do estudo, possíveis perspetivas futuras e as implicações para a prática. Para finalizar, o sétimo capítulo aborda as conclusões do estudo e a sua contribuição no campo da Saúde Pública.

2. Enquadramento teórico

2.1 VIH/SIDA

2.1.1 Contexto epidemiológico do VIH/SIDA

Desde a sua identificação, o vírus da imunodeficiência humana (VIH) tem constituído um foco de investigação, não só pelas suas características como também pelo risco epidémico que representa¹⁵. Este vírus encontra-se na origem da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) e tornou-se uma das principais causas de morbilidade e mortalidade a nível mundial¹⁶.

Atualmente, sabe-se que foram registados casos esporádicos de SIDA antes de 1970, no entanto, foi na década de 1980 que se observou uma dispersão geográfica da epidemia¹⁷. A SIDA foi identificada em junho de 1981 pela equipa de Michael Gottlieb, que reportou o caso de cinco indivíduos que contraíram *Pneumocystis pneumonia* (PCP) e apresentavam em comum o facto de todos serem homens que tinham sexo com homens, tendo dois deles morrido na sequência da infeção¹⁸.

No relatório publicado pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) em janeiro de 1982, constavam já 159 casos. Em setembro do mesmo ano definiu-se uma nova doença denominada síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), sendo esta descrita como causadora de defeitos na imunidade celular que desencadeiam neoplasmas ou infeções oportunistas em pessoas sem etiologia de resistência diminuída¹⁸.

Em 1986, após ter-se verificado que o vírus linfotrópico da célula-T humana (HTLV-III) e o vírus associado à linfadenopatia (LAV), anteriormente identificados como causadores da SIDA, eram semelhantes, passou a adotar-se a atual nomenclatura de vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (VIH-1). Nesse mesmo ano, o vírus da imunodeficiência humana tipo 2 (VIH-2) foi identificado em indivíduos do oeste africano. O vírus apresentava morfologia semelhante ao VIH-1, mas antigénios diferentes, evidenciando maior semelhança com o vírus símio do que com este¹⁵. Na identificação do VIH-2 participaram os investigadores portugueses José Luís Champalimaud, Odete Ferreira, Kamal Mansinho e Jaime Nina^{19,20}.

Paralelamente a estas descobertas, o número de casos de VIH/SIDA continuou a aumentar, deixando de afetar apenas grupos específicos e dispersando-se por todo o mundo²¹. No ano 2000, com a assinatura da *United Nations Millennium Declaration*, 189 países comprometeram-se a alcançar até 2015 os oito *Millennium Development Goals*, entre os quais se objetivava o combate do VIH/SIDA²².

De acordo com a UNAIDS, desde o início da epidemia, o vírus do VIH terá sido contraído por 75.7 milhões de pessoas e terão morrido cerca de 32.7 milhões de indivíduos devido a doenças associadas². Segundo dados de 2019, registaram-se 1.7 milhões de novas infeções, das quais 1.5 milhões ocorreram em adultos e 150.000 ocorreram em crianças com idade inferior a 15 anos. Nesse ano, 690.000 pessoas morreram devido a doenças relacionadas com o vírus, o que corresponde a uma diminuição de 60% face ao pico registado em 2004. No total, em 2019, 38 milhões de pessoas viviam com o vírus, sendo que 1.8 milhões eram crianças com idade inferior a 15 anos e 36.2 milhões eram adultos.

A nível geográfico observam-se diferenças na distribuição dos casos de VIH. A prevalência mais elevada verifica-se em África, onde em 2019, 25.7 milhões de pessoas viviam com VIH (67,81%), seguindo-se o sudeste da Ásia e a América, ambos com 3.7 milhões de pessoas infetadas (9,76%), a Europa com 2.5 milhões de pessoas infetadas (6,6%), o oeste do Pacífico com 1.9 milhões de pessoas infetadas (5,01%) e a zona este do Mediterrâneo com 400.000 pessoas infetadas (1,06%)²³.

Do ponto de vista da Carga Global da Doença, estimativa que tem em conta a mortalidade, doença e incapacidade, em 2017, 1,07% do total de anos de vida ajustados à incapacidade (DALYs – *Disability-Adjusted Life Years*) eram atribuíveis à infeção por VIH/SIDA em Portugal, valor superior ao da UE (0,17% DALYs)²⁴. O VIH/SIDA não só tem impacte social, como também exerce uma elevada carga económica sobre os sistemas de saúde, decorrente dos custos diretos e indiretos que lhe estão associados^{25,26}.

Em Portugal, os primeiros casos de SIDA datam de 1983²⁷, mas terão existido casos anteriores desde 1979²⁸. Estes casos referiam-se a indivíduos homossexuais do sexo masculino. A entrada do VIH-1 em Portugal terá provindo de consumidores europeus de drogas endovenosas e de pessoas heterossexuais que tinham residido e tido comportamentos de risco em África. Até 2017, o VIH-1 foi responsável por 95,3% dos casos registados, enquanto o VIH-2 foi responsável por 3,3% dos casos¹⁷.

Reconhecendo a importância de registar e monitorizar os novos casos, o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) criou em 1985 um sistema de vigilância epidemiológica com essa finalidade. Atualmente, o INSA continua a ser responsável pelo registo de informações relativas ao VIH e SIDA através do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) e do SI.VIDA, um sistema informático específico para VIH. Ambos os sistemas são de utilização exclusivamente hospitalar e continuam a ser utilizados nos dias de hoje.

A partir de fevereiro de 2005, com a publicação da Portaria nº258/2005, a notificação clínica, que até então permanecera voluntária, passou a ser obrigatória para novos casos de VIH, SIDA e óbitos associados ao VIH²⁹. Atualmente, a base de dados contempla registos desde 1983. Entre 1983 e 2017 foram notificados 57.574 casos, dos quais 22.028 atingiram o estadió de SIDA, e registaram-se 14.500 óbitos²⁷.

Relativamente ao ano de 2018, estima-se que 41.000 pessoas a partir dos 15 anos viviam com VIH, das quais 12.000 eram do sexo feminino e 29.000 do sexo masculino³⁰. No mesmo ano, estima-se que menos de 100 crianças com idade até aos 14 anos viviam com VIH. No total, foram diagnosticados menos de 1.000 novos casos e registaram-se menos de 500 óbitos associados ao VIH, o correspondente a decréscimos de 52% e 62%, respetivamente, face a 2010. Em 2018, a prevalência de VIH em Portugal era de 0,5%⁴, embora estimativas em populações consideradas em situação de maior risco de infeção como reclusos, utilizadores de drogas injetáveis, homens que fazem sexo com homens e trabalhadores do sexo indiquem valores entre 5% e 25%⁹.

Quadro 1 - Novos casos de infeção por VIH (≥15 anos) diagnosticados em 2018: distribuição por grupo etário e sexo e respetivas taxas de diagnóstico. Fonte: Adaptado de DGS/INSA, 2019⁵

Grupo etário	Homens			Mulheres			Total		
	n	%	Casos/10 ⁵ habitantes	n	%	Casos/10 ⁵ habitantes	n	%	Casos/10 ⁵ habitantes
15-19 anos	7	1,0	2,5	3	1,1	1,1	10	1,0	1,8
20-24 anos	78	11,3	28,6	12	4,3	4,5	90	9,3	16,7
25-29 anos	90	13,0	33,0	41	14,7	14,9	131	13,5	23,8
30-39 anos	180	26,0	29,5	71	25,4	10,9	251	25,9	19,9
40-49 anos	152	22,0	20,3	64	22,9	7,7	216	22,3	13,7
50-59 anos	113	16,4	16,2	58	20,8	7,4	171	17,6	11,6
≥60 anos	71	10,3	5,7	30	10,8	1,8	101	10,4	3,5
Total	691	100,0	14,2	279	100,0	5,1	970	100,0	9,4

Analisando com mais detalhe as variações etárias relativas à infeção por VIH, observa-se que a maioria dos casos notificados em 2018 correspondia a indivíduos com idade entre os 25 e os 49 anos (61,6%), enquanto que os diagnósticos a partir dos 50 anos correspondiam a 28% dos casos (Quadro 1). Em relação ao sexo, verifica-se que em Portugal o sexo masculino apresenta maior número de infeções, contrariamente aos valores mundiais indicados anteriormente.

Em relação à distribuição geográfica da infeção por VIH, observam-se diferenças entre os vários distritos, sendo Lisboa, o Porto e Setúbal aqueles que têm apresentado maior número de casos acumulados, equivalente a 72,7% dos casos nacionais. No extremo oposto, com os menores valores acumulados, encontram-se os distritos de Portalegre, Guarda e Bragança. No que concerne os dados de 2018, a taxa de novos diagnósticos foi mais elevada em Lisboa, Coimbra e Setúbal, sendo possível que estes valores sejam diferentes dos acumulados devido a atraso na notificação de casos.

Como referido anteriormente, o VIH encontra-se na origem da SIDA. Os dados mais recentes, referentes a 2018, indicam 227 novos casos de SIDA e um registo cumulativo de 22.551 casos até ao final desse ano. A ocorrência de SIDA em homens corresponde a 78,8% dos diagnósticos, sendo a razão H/M de 3,7, valor superior à mesma razão registada para VIH (H/M=2,6). No que concerne a idade, 69,7% dos casos acumulados correspondem à faixa etária entre os 30 e os 59 anos no momento do diagnóstico de SIDA. A nível geográfico, os focos epidémicos acompanham os do VIH, situando-se uma vez mais nos distritos de Lisboa, Porto e Setúbal.

2.1.2 Caracterização e processo de infeção do VIH/SIDA

O vírus da imunodeficiência humana apresenta dois tipos, o VIH-1 e o VIH-2. Ambos os vírus pertencem à família Retroviridae, subfamília Orthoretrovirinae e ao género *Lentivirus*³¹.

Além da estrutura, estes vírus têm em comum os seus antígenos e a sua genómica. Todavia, o VIH-1 e o VIH-2 diferem no peso, nas proteínas que apresentam e na sua patogenicidade, sendo o VIH-2 mais semelhante ao vírus da imunodeficiência simia (SIV) pelo facto de a sua transmissão à população humana ter provindo de macacos³². O VIH-1 é, portanto, a forma mais virulenta, que apresenta maior taxa de transmissão e de progressão da infeção³¹. O VIH-1 é geralmente mais rapidamente detetável e evolui para SIDA num período médio de 10 anos. Por seu turno, os indivíduos infetados por VIH-2 e uma pequena percentagem de indivíduos infetados por VIH-1 (*“long-term non-progressors”* ou *“elite controllers”*) dão origem a infeções que não progridem durante longos períodos, evoluindo mais lentamente para o estadio de SIDA.

O processo de infeção por VIH pode dividir-se em três fases principais: eclipse, fase aguda e fase crónica³³. Aquando do contacto com o agente infeccioso, dá-se a infeção de células hospedeiras e o vírus dissemina-se por todo o organismo através dos

nódulos linfáticos, criando-se um reservatório viral. No entanto, o vírus ainda não é detetável (fase de eclipse).

Segue-se o estadio agudo, no qual passa a ser possível detetar o vírus a nível sanguíneo e mensurá-lo através dos níveis de RNA viral, que atingem o seu pico nesta fase (aproximadamente 10^6 - 10^7 cópias/ml)³³, podendo despoletar vários sintomas entre duas a quatro semanas após a infeção³⁴. Este constitui o estadio mais contagioso, contudo, muitos dos indivíduos desconhecem estar infetados uma vez que podem não apresentar sintomas. Nos casos em que há presença de sintomas, estes surgem geralmente durante um curto período de tempo na fase aguda, sendo os mais comuns a febre, linfadenopatia generalizada, erupção cutânea e/ou mialgias³³. Em casos mais severos, pode ocorrer meningite. Após o início da resposta imunológica, os níveis virais diminuem cerca de 100 vezes até um nível estável (*set point*), tendendo este a ser mais elevado em crianças. Quanto maior for este *set point*, maior tenderá a ser a rapidez da evolução para um estadio de SIDA e morte.

Por fim, a fase crónica, também designada assintomática, consiste no período durante o qual o VIH permanece ativo mas se replica em baixos níveis, a quantidade de células-T CD4 decresce e os indivíduos podem permanecer sem sintomas, apesar de poderem continuar a transmitir o vírus³⁴. No período final deste estadio observa-se um aumento da carga viral, disfunção imunitária e maior inflamação, apresentando o vírus maior infecciosidade³³.

A progressão destas condições imunológicas conduz à evolução da infeção para SIDA, caracterizada pelo desenvolvimento de sintomas como febre, glândulas linfáticas inchadas, fraqueza, perda de peso e doenças oportunistas decorrentes de um sistema imunitário muito debilitado³⁴. Na ausência de tratamento, o tempo de vida estimado com SIDA é de três anos.

É de salientar o papel do tratamento antirretroviral para o VIH (TARV) na evolução da infeção, uma vez que permitiu diminuir as manifestações clínicas da infeção e manter o vírus indetetável ou suprimido, contribuindo para a redução do risco de transmissão e possibilitando o aumento da esperança de vida dos seus portadores^{34,35}. A partir de 2015, preconizou-se que o início do TARV deve ocorrer o mais precocemente possível independentemente da contagem de linfócitos CD4+³⁵.

2.1.3 Modos de transmissão do VIH

A informação imprecisa sobre os modos de transmissão do VIH é responsável pela existência de mitos associados a esse processo, tais como a infeção provocada por apertos de mão, partilha de casas-de-banho, suor, beijos ou picadas de mosquitos³⁶.

Na realidade, o VIH pode ser transmitido horizontalmente através de fluidos corporais como sangue, sêmen, fluído pré-seminal, fluidos retais ou vaginais, sendo necessário que ocorra contacto destes com uma membrana mucosa ou com um tecido danificado para que haja infeção³⁷. A transmissão horizontal pode ainda ocorrer pela utilização de seringas ou agulhas contaminadas. Apesar de menos frequente, a transmissão deste vírus pode ocorrer verticalmente através da infeção mãe-filho durante a gravidez, durante o parto ou após o mesmo, através de aleitamento ou exposição parentérica³⁸, existindo tratamentos que reduzem estes riscos de contaminação³⁹.

É notória a existência de grupos em maior risco de infeção por VIH, constituindo por isso os principais grupos-chave de intervenção. Neste sentido, a OMS define como populações em maior risco: homens que têm sexo com homens, transexuais, utilizadores de drogas injetáveis e trabalhadores do sexo⁴⁰. Além destes, define como populações vulneráveis devido aos seus contextos: os adolescentes, sobretudo do sexo feminino, órfãos, crianças sem-abrigo, pessoas institucionalizadas, tais como reclusos, pessoas portadoras de deficiência e trabalhadores migrantes. A OMS aconselha ainda que cada país defina as suas populações em maior risco conforme o seu contexto epidemiológico e social. Deste modo, em Portugal, consideram-se como populações em maior risco de infeção: os parceiros de doentes com VIH e de homens que tiveram sexo com homens, indivíduos sem-abrigo, indivíduos provenientes de países com elevada prevalência de infeção VIH (> 1%) e os seus parceiros, utentes de centros de aconselhamento e deteção precoce do VIH (CAD), qualquer indivíduo diagnosticado com infeção sexualmente transmissível (IST), populações nómadas, doentes que apresentem um quadro clínico onde a infeção por VIH, incluindo a infeção primária, esteja englobada no diagnóstico diferencial e doentes oncológicos⁴¹.

Em Portugal, o principal meio de transmissão do vírus ocorre por contacto sexual⁵. Em 2018, a transmissão entre heterossexuais foi a mais frequente (59,9%), tendência que se observa desde 2004, seguindo-se a transmissão sexual entre homens que têm sexo com homens (33,7%). A transmissão por consumo de drogas injetáveis ocorreu em 2,2% dos casos. Nesse ano, foram ainda registados três casos de infeção por VIH em crianças com idade inferior a 15 anos, sendo que um dos casos se deveu a transmissão vertical e as causas dos restantes são desconhecidas. A Figura 1 apresenta

com maior detalhe a distribuição ao longo do tempo dos casos de infecção por VIH segundo o modo de transmissão.

No que concerne os casos de SIDA, a transmissão heterossexual é também a mais frequente (64,7%).

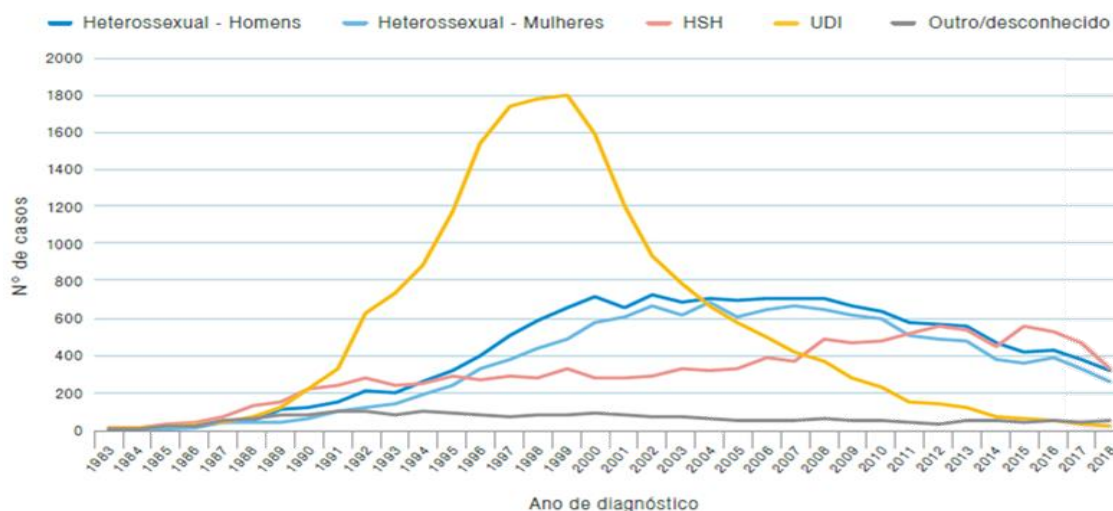


Figura 1 - Casos de infecção por VIH (1983 a 2018), distribuição segundo o modo de transmissão e ano de diagnóstico. Fonte: DGS/INSA, 2019⁵

2.2 VHB e VHC

2.2.1 Contexto epidemiológico do VHB

O vírus da hepatite B, também designado por antígeno Austrália, foi identificado em 1965 por Baruch Blumberg⁴². Globalmente, tem-se observado uma incidência crescente da infecção por este vírus, sendo considerado endémico no Sudeste da Ásia, na África subsariana e em algumas populações aborígenes australianas e inuítes^{43,44}. De acordo com estimativas da OMS, em 2015, encontravam-se infetadas 257 milhões de pessoas em todo o mundo, o equivalente a uma prevalência de 3,5%. Desse total, apenas 22 milhões (9%) tinha conhecimento do seu diagnóstico e somente 1.7 milhões (8%) recebia tratamento⁷.

A prevalência deste vírus apresenta uma elevada heterogeneidade. Estima-se que a região ocidental do Pacífico apresenta uma prevalência de infecção por VHB de 6,2%, seguida da região de África com 6,1%, região do Mediterrâneo oriental com 3,3%, região sudeste da Ásia com 2,0%, região Europeia com 1,6% e da região das Américas com 0,7%⁴⁵.

Em 2015, os dados do *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) indicavam uma prevalência de VHB de 0,9% na UE e Espaço Económico

Europeu (EEE), correspondente a 4.7 milhões de pessoas infetadas, dos quais 4.49 milhões de casos eram crónicos⁴⁶. Porém, é de salientar o facto de 17% da amostra do estudo abranger dadores de sangue e este grupo tender a ser mais saudável, o que poderá ter levado a uma subestimação do número de casos.

De acordo com dados mais recentes referentes a 2017 divulgados pelo ECDC, registaram-se 26.907 novos casos em 30 países membros da UE/EEE⁴⁷. Excluindo cinco países que apenas notificaram casos agudos, a taxa bruta de infeção foi de 6,7/100.000 habitantes. Dos casos notificados, 9% correspondia a infeções agudas, 58% correspondia a infeções crónicas, 32% eram desconhecidos e 1% não tinha classificação⁴⁷. Os dados obtidos evidenciaram ainda uma razão entre homens e mulheres de 1,6:1, uma maior prevalência de infeções agudas no grupo etário dos 35-44 anos e de infeções crónicas no grupo etário dos 25-34 anos.

Portugal registava em 2017 uma carga global de doença atribuível a cirrose e outras doenças crónicas associadas a hepatite B (0,14% DALYs) inferior à UE (0,23% DALYs). No entanto, a carga global de doença por hepatite B aguda em Portugal (0,02% DALYs) apresentava um valor superior quando comparada à UE²⁴.

De acordo com o Inquérito Serológico Nacional 2015-2016, a prevalência de infeções crónicas de VHB foi de 0,7% em homens e de 0,2% em mulheres, o que indica uma baixa endemicidade⁹. Segundo os dados do SINAVE, foram notificados 174 novos casos de infeção por VHB em 2018, dos quais 34 correspondem a estadios agudos, 84 a estadios crónicos e 56 a estadios desconhecidos. À semelhança do panorama europeu, verificou-se uma maior prevalência em homens e em grupos etários com idade superior a 37 anos⁴⁸. Ainda em relação ao ano de 2018, o Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST) registou uma incidência de 1,12/100.000 habitantes (n=16 casos) e uma taxa de prevalência de 7,87/100.000 habitantes e a plataforma de registo de doentes em hemodiálise indicou que 1,18% desses doentes eram portadores de antígenos de superfície do VHB (AgHBs). Ainda em relação a 2018, o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) registou uma percentagem de casos positivos de 4,35% entre os utentes ativos consumidores de substâncias psicoativas ilícitas e em 5,39% dos utentes utilizadores de drogas injetáveis que realizaram testes de pesquisa de AgHBs.

Segundo um estudo realizado entre 2012 e 2014 por Carvalhana *et al.*, estima-se que a prevalência de VHB em Portugal seja de 1,45%⁸. Nesse estudo, foram observadas diferenças quanto ao sexo, apresentando os homens uma prevalência de 2,5% e as mulheres uma prevalência de 0,5%. No que concerne a idade, o grupo etário

dos 35-64 anos (2,2%) exibia maior prevalência, seguido do grupo etário com mais de 65 anos (1,2%) e por fim o grupo etário dos 18-34 (0,1%). Do ponto de vista geográfico, a infeção por VHB era mais prevalente na região Norte (2,6%), seguindo-se as regiões Centro e do Algarve com igual prevalência (1,6%), a região do Alentejo (0,4%) e por fim a região de Lisboa e Vale do Tejo (0,1%).

Continua, porém, a verificar-se a falta de evidência epidemiológica quanto ao VHB, nomeadamente no que se refere a grupos em maior risco, bem como estudos relativos aos custos da infeção. No entanto, sabe-se que esta infeção implica custos elevados que aumentam com a sua severidade e reforçam a necessidade de atuação⁴⁹.

2.2.2 Contexto epidemiológico do VHC

O vírus da hepatite C, identificado em 1975 por Feinstone *et al.*⁵⁰, afetava 71 milhões de pessoas em todo o mundo, em 2015, correspondendo a uma prevalência de 1,0%⁷. Este valor é inferior ao da infeção por VHB, todavia, a sua distribuição geográfica é mais heterogénea, o que poderá estar relacionado com os padrões de procedimentos de controlo de infeção ou com os padrões de utilização de drogas injetáveis. De acordo com estimativas da OMS para 2015, os principais focos de infeção por VHC situam-se na região oriental do Mediterrâneo (2,3%) e na região Europeia (1,5%). Além destas regiões, a prevalência na região de África era de 1,0%, na região das Américas e oeste do Pacífico era de 0,7% e na região sudeste da Ásia era de 0,5%.

Relativamente à região da UE/EEE, o relatório de 2016 do ECDC apresenta um registo de 5.6 milhões de casos de infeção por VHC, equivalentes a uma prevalência de 1,1% nessa região⁴⁶. À semelhança do que ocorreu para o VHB, estes valores podem encontrar-se subestimados. Segundo dados de 2017, foram registados 31.273 novos casos em 29 países membros da UE/EEE, sendo que 3% correspondiam a casos agudos, 22% eram casos crónicos e 75% não tinha classificação⁵¹. Excluindo os três países que apenas notificaram casos agudos, a taxa bruta de infeção foi de 7,3/100.000 habitantes. No que diz respeito ao sexo, foi observada uma razão entre homens e mulheres de 1,6:1, tal como foi observado para o VHB. Quanto à idade, verificou-se que entre os homens o grupo etário dos 35-44 é o mais afetado, enquanto que nas mulheres a infeção é mais frequente no grupo etário dos 25-34 anos.

Em 2017, a cirrose e outras doenças crónicas hepáticas representavam uma carga de doença de 0,33% DALYs em Portugal, registando um valor inferior ao da UE (0,38%)²⁴. O impacto do VHC repercute-se a diversos níveis e em termos económicos, estima-se que 83% dos custos se devam a complicações decorrentes da infeção⁵².

Em Portugal, estima-se que 30% das pessoas infetadas com VHC desconhece a sua situação relativamente à infeção⁹. No contexto nacional, registaram-se, em 2018, 269 casos de infeção por VHC, dos quais 11 eram de estadio agudo, 148 de estadio crónico e 110 de estadio desconhecido. Considerando que os dados se encontram subnotificados, o Programa Nacional para as Hepatites Virais de 2019 reforça a importância epidemiológica e estratégica da notificação por parte dos profissionais de saúde.

O estudo de Carvalhana *et al.* desenvolvido entre 2012 e 2014, refere uma seroprevalência de VHC de 0,54%, valor inferior ao de outros estudos realizados em países europeus com características geográficas e sociodemográficas similares⁸. O grupo etário dos 35-64 anos era o mais afetado (0,8%), assim como os indivíduos do sexo masculino, apesar de não haver uma diferença significativa comparativamente com o sexo feminino. Do ponto de vista geográfico, foram identificadas disparidades entre regiões, apresentando a região de Lisboa e Vale do Tejo a maior prevalência (1,9%). As regiões Norte, Central e do Alentejo apresentaram uma prevalência de 0% e a região do Algarve apresentou uma prevalência de 0,3%.

Segundo dados do Inquérito Serológico Nacional 2015-2016 – Infeções Sexualmente Transmissíveis, a seroprevalência para o VHC era de 0,3%, ponderada para a população adulta no território continental e ilhas que desconhecia ter doença hepática crónica. Este último critério poderá ter enviesado o resultado na medida em que a prevalência estimada representa os indivíduos que desconhecem a sua condição quanto à infeção por VHC e a sub-representação de grupos com maior risco de infeção poderá também ter influenciado os resultados.

Segundo a plataforma de registo de doentes em hemodiálise, em 2018, 2,99% dos indivíduos apresentava anticorpos VHC⁴⁸. Dados do SICAD revelaram que 59% dos utentes consumidores de substâncias psicoativas ilícitas e 88% dos utentes utilizadores de drogas injetáveis apresentavam anticorpos para este vírus. Em relação aos dadores de sangue, os dados de 2018 apresentados pelo IPST indicam uma incidência de hepatite C de 1,68/100.000 habitantes (9 casos) e uma prevalência de 4,43/100.000 habitantes, valor que pode encontrar-se subestimado pelo facto deste grupo populacional ser tendencialmente mais saudável.

Verifica-se, contudo, que à semelhança do que ocorre para o VHB, é também notória a falta de evidência acerca da infeção por VHC no que concerne os grupos de maior risco.

2.2.3 Caracterização e processo de infecção do VHB e VHC

O vírus da hepatite B pertence à família Hepadnaviridae, género *Hepadnavirus*, e constitui um dos agentes patogénicos humanos de menores dimensões, possuindo um genoma circular de 3.200 pares de nucleótidos⁴³ parcialmente organizados em cadeia dupla⁵³. Por sua vez, o vírus da hepatite C pertence à família Flaviviridae, género *Hepacivirus*⁵⁴, e forma uma cadeia simples de RNA com uma dimensão de 45-65nm de diâmetro. O genoma do VHC é composto por cerca de 9.600 nucleótidos.

No que concerne a patogenicidade do VHB e do VHC, estes vírus são responsáveis, respetivamente, pela hepatite B e pela hepatite C, infecção hepática que pode classificar-se como aguda, se o vírus for detetável até seis meses após a infecção, ou crónica, se o RNA viral persistir no sangue mais de seis meses⁵⁴⁻⁵⁶. Durante as primeiras semanas da fase aguda, os vírus alastram-se desencadeando habitualmente apenas respostas imunológicas inatas, pelo que muitos dos portadores permanecem assintomáticos⁵⁷. Caso se manifestem na fase aguda, os sintomas mais frequentes consistem em febre, dor abdominal, náuseas, mal-estar, cansaço, perda de apetite e icterícia^{47,56}. No caso do VHB, também podem suceder casos de hepatite fulminante, em que se verifica a destruição total do fígado do hospedeiro, contudo, estes casos são mais raros, representando 1-2% da totalidade de pessoas infetadas^{57,58}. A hepatite fulminante está na origem de cerca de 40.000 mortes anualmente⁵⁹.

Quando as hepatites B e C progridem para o estadio crónico tendem a desencadear cirrose, falha hepática e aumenta o risco de se desenvolver hepatocarcinoma (HCC)⁶⁰. Estas complicações ocorrem entre 15-40% dos casos de infecção crónica por VHB⁵⁹ e entre 50-80% dos casos de infecção crónica por VHC⁶⁰. A elevada percentagem de casos crónicos faz da hepatite C a primeira causa de transplantação em diversos países. Todavia, e contrariamente à hepatite B, esta infecção apresenta cura, definida pela não deteção sanguínea de RNA de VHC 12 semanas após o fim do tratamento. É de notar que mesmo tendo sido eliminada, a infecção por VHC não confere imunidade de longa duração, sendo comum o seu reaparecimento.

No que tange o tratamento, a hepatite B aguda é controlada pelo próprio sistema imunitário do doente, não necessitando habitualmente de terapia específica. Nos casos crónicos, é recomendada a terapia antiviral ou com peginterferão⁶¹. Nos casos de hepatite C, a terapia utilizada consiste em antivirais de ação direta (AAD) contra o VHC⁶² e apresenta taxas de cura acima de 96%⁴⁸. Os AADs (ex.: inibidores da protease NS3/4A, inibidores da polimerase NS5B, inibidores do complexo de replicação NS5A) podem ser combinados e administrados com ou sem ribavirina, constituindo um marco científico no

tratamento do VHC ao tornarem o processo mais simples e curto e apresentarem menores efeitos adversos⁵⁴.

2.2.4 Modos de transmissão do VHB e do VHC

O VHB e o VHC podem ser transmitidos horizontalmente por exposição percutânea ou mucosa a sangue ou outros fluídos corporais infetados. Deste modo, a transmissão pode ocorrer através de seringas ou agulhas contaminadas (ex.: acupuntura, tatuagens), saliva e fluídos seminais ou vaginais contaminados¹⁰. A infeção em contexto de cuidados de saúde continua a ocorrer, contudo tem vindo a diminuir, sobretudo nos países desenvolvidos^{9,54}. Estes vírus podem ainda ser transmitidos verticalmente de mãe para filho, sendo para o VHB uma das principais formas de transmissão em zonas endémicas¹⁰ e ocorrendo em 5% dos casos de VHC⁶³.

Considerando as vias de infeção destes vírus, os grupos com maior risco de infeção são compostos por utilizadores de drogas injetáveis, trabalhadores do sexo, homens que fazem sexo com homens, indivíduos institucionalizados, pessoas com múltiplos parceiros sexuais, parceiros sexuais de pessoas infetadas, recetores de produtos sanguíneos ou procedimentos invasivos realizados em ambientes sem práticas de controlo de infeções, indivíduos seropositivos, pessoas com tatuagens ou piercings e migrantes oriundos de regiões endémicas, sendo que a transmissão tende a ocorrer antes da chegada ao novo país^{45,47,59}. Além dos grupos mencionados, os profissionais de saúde apresentam também maior vulnerabilidade decorrente da sua atividade⁵⁹.

De acordo com dados do ECDC, em 2017, dos casos notificados em estadió agudo de VHB que apresentavam informação completa, 27% referiam-se a transmissão heterossexual, 16% a transmissão nosocomial e 13% a transmissão sexual entre homens, enquanto que nos casos crónicos a transmissão vertical representou 41% dos casos e a transmissão nosocomial 28%⁴⁷. Segundo o mesmo relatório, a nível europeu a utilização de drogas injetáveis é a principal via de transmissão do VHC (44%), seguindo-se a infeção nosocomial (17%) e sexual entre homens (15%)⁴⁷.

Relativamente a Portugal, verifica-se que existe pouca evidência acerca das vias de transmissão do VHB, bem como acerca dos grupos em maior risco para essa infeção. Todavia, uma revisão efetuada em 2017 por Silva *et al.* indicou uma prevalência de VHB de 4,75% em utilizadores de drogas injetáveis, referente ao ano de 2014, e de 4,1% em reclusos, referente a 2013⁶⁴, realçando-se, contudo, que neste último estudo, 94% dos participantes eram do sexo masculino. Dados do Serviço de Intervenção nos

Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), referentes a utilizadores de drogas, revelaram também um valor superior ao da população em geral, ascendendo a prevalência a 4,62%¹³. Em profissionais de saúde, a prevalência variava entre 0,40% e 1,47%.

No que concerne o VHC, segundo o Inquérito Serológico Nacional 2015-2016, em Portugal, os consumidores de drogas injetáveis constituem o grupo mais prevalente, indicando que esse comportamento de risco constitui a principal via de transmissão⁹. Dos casos notificados em 2018, em 65% dos mesmos era conhecida a forma provável de transmissão, dos quais 85% se deviam a exposição não ocupacional a sangue ou materiais contaminados.

2.3 Coinfecção por VIH, VHB e VHC

O VIH, o VHB e o VHC têm em comum as suas vias de transmissão, o que contribui para a infeção simultânea por estes vírus⁵⁶ e faz das doenças hepáticas a principal causa de morte em pessoas com VIH coinfectadas com VHB ou VHC⁶⁵.

A nível global, dos 36.7 milhões de pessoas que se encontravam infetadas por VIH em 2015, 2.7 milhões apresentavam infeção crónica por VHB (7,4%), sendo a região da África subsariana a mais prevalente (71%)⁴⁵. Verificou-se que a prevalência da coinfecção era semelhante entre indivíduos não pertencentes (6,6%) ou pertencentes a grupos com maior risco de infeção, tais como utilizadores de drogas injetáveis (7,0%) e homens que têm sexo com homens (6,1%).

Em 2015, da totalidade de casos de VIH, 2.3 milhões apresentavam também infeção por VHC (6,2%). A Europa oriental e a Ásia central constituíam o principal foco (27%) de coinfecção por estes vírus devido à frequente utilização de drogas injetáveis nessas regiões. No que concerne os comportamentos de risco dos indivíduos infetados, foi notória a disparidade entre a prevalência entre pessoas com e sem este tipo de comportamentos. Os utilizadores de drogas injetáveis (82,4%) e os homens que têm sexo com homens (6,4%) constituíam os grupos mais prevalentes.

Além da ocorrência frequente de coinfecção por VIH-VHB e VIH-VHC, observa-se também a existência de coinfecção por VHB e VHC, variando esta prevalência entre 2% e 10% consoante a localização geográfica⁵⁶. Apesar de ambos os vírus poderem estar presentes em simultâneo, apenas um deles tende a predominar.

As três formas de coinfecção enunciadas estão associadas a um maior risco de evolução para estadios crónicos⁶⁶, progressão mais rápida de fibrose, desenvolvimento

de cirrose e hepatocarcinoma e maior mortalidade, quando comparados com indivíduos monoinfetados⁶⁷. Perante a prevalência destas coinfeções e os riscos que lhes estão associados, estudos recomendam o teste para a infeção por VHB e VHC em indivíduos com VIH, sobretudo se pertencerem a populações mais vulneráveis à infeção^{55,68}.

2.4 Prevenção de infeção por VIH, VHB e VHC

No que concerne a prevenção do VIH, VHB e VHC, estes têm em comum o facto de serem preveníveis, ainda que apresentem diferentes formas prevenção. Tendo em conta o foco deste trabalho, serão apenas abordados os níveis de prevenção primária e secundária, apesar de existirem ainda os níveis terciário e quaternário. Perante a diversidade de medidas preventivas existentes, serão somente exploradas aquelas que se aplicam atualmente em Portugal.

2.4.1 Prevenção primária

Segundo Almeida, a prevenção primária tem como finalidade “evitar ou remover a exposição de um indivíduo ou de uma população a um fator de risco ou causal antes que se desenvolva um mecanismo patológico”⁶⁹. Face à similaridade dos meios de transmissão do VIH, VHB e VHC, algumas das medidas de prevenção primária recomendadas aplicam-se aos três vírus. A um nível de prevenção primário, a OMS recomenda tanto para o VIH, como para o VHB e VHC: a utilização frequente e correta de preservativos femininos ou masculinos e lubrificantes; a promoção do acesso a equipamento de injeção estéril através de programas de agulhas e seringas a utilizadores de drogas injetáveis; e o tratamento de substituição opiácea. São ainda aconselhadas outras medidas preventivas específicas, nomeadamente, a toma oral de profilaxia pré-exposição (PrEP) como medida adicional para grupos de maior risco no caso do VIH e a vacinação no caso do VHB^{38,55,68}.

Os preservativos começaram a ser utilizados como método preventivo de transmissão de infeções sexualmente transmissíveis (ISTs) e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) a partir da década de 1980, em sequência da identificação do VIH⁷⁰. Estudos revelam que enquanto método de prevenção de transmissão do VIH, o preservativo apresenta uma efetividade de 80% em indivíduos heterossexuais sorodiscordantes e de 70% em homens que têm sexo com homens quando comparados com indivíduos que não o utilizam⁷¹. Relativamente ao preservativo masculino, a OMS apresenta valores de eficácia mais elevados, afirmando uma redução

da taxa de transmissão por sexo vaginal e anal de 94%, quando utilizados consistente e corretamente³⁹. Apesar de a evidência relativa ao preservativo feminino ser escassa, os resultados parecem também indicar uma redução na transmissão do vírus⁷². A promoção do uso de preservativos é fundamental e apresenta maiores efeitos através da combinação de intervenções a nível individual, de grupo, comunitário e estrutural, nomeadamente através de Programas de Distribuição de Preservativos (*Condom Distribution Programs* – CDPs). Complementarmente ao uso de preservativos, a utilização de lubrificantes compatíveis (à base de água) com os mesmos contribui para uma redução do risco de infeção tanto em sexo anal como vaginal, uma vez que este material previne o rompimento do preservativo⁷³. Ainda que a efetividade do uso de preservativo como método preventivo da infeção por VHB e VHC não seja conhecida, esta medida é amplamente recomendada e alguns estudos sugerem uma redução do risco de infeção. Em Portugal, foi criado em 2006 o Programa de Distribuição Gratuita de Materiais Preventivos e Informativos, que desde 2012 tem registado uma tendência crescente na distribuição gratuita de preservativos masculinos, embora os valores relativos ao preservativo feminino sejam muito inferiores e estejam a diminuir desde 2014⁷⁴. Em 2018, registou-se uma distribuição de 4.732.261 preservativos masculinos, 170.292 preservativos femininos e 1.355.960 saquetas de gel lubrificante⁵. Estes valores correspondem, respetivamente, a um decréscimo de 0,41% e a um aumento de 65% e de 47,5% face ao ano anterior.

Quanto aos programas de troca de agulhas e seringas, criados na Holanda em 1984, estes destinavam-se originalmente à prevenção da hepatite B em utilizadores de drogas injetáveis, tendo passado a ser também usados com o intuito de prevenir a infeção por VIH⁷⁵. Os estudos sobre a efetividade destes programas indicam baixa qualidade de evidência e necessidade de futuros estudos que suportem os seus resultados, todavia, parecem sugerir que estas intervenções contribuem eficazmente na redução da transmissão do VIH^{60,76}. A OMS recomenda este tipo de programas e indica que além de constituírem uma medida custo-efetiva, são um ponto de partida para o contacto com outros serviços de saúde (tratamento para toxicodependência, aconselhamento e teste de deteção do VIH, tratamento de VIH e hepatites virais), dependendo do local onde são implementados³⁹. Apesar de esta medida ser também adotada com o objetivo de prevenir a transmissão do VHB e VHC, a literatura apresenta resultados dispares, e por isso pouco conclusivos, quanto à diminuição do risco de infeção por estes vírus^{76,77}. Portugal conta com o Programa de Troca de Seringas (PTS) desde 1993, atualmente designado “Diz Não a uma Seringa em Segunda Mão”, que se encontra a decorrer em todos os distritos do país e nas regiões autónomas dos Açores

e da Madeira⁵. Este programa fornece gratuitamente material de injeção e recolhe material já usado, tendo sido distribuídas 1.300.134 seringas em 2018. No mesmo ano, a distribuição foi efetuada sobretudo por equipas de redução de risco e minimização de danos (76%) e por farmácias comunitárias, sendo os Cuidados de Saúde Primários (CSP) responsáveis por 1% desse trabalho. Este programa conta também com a participação de ONGs e unidades móveis.

No que tange o tratamento de substituição opiáceo, esta medida tem demonstrado promover uma diminuição do uso de drogas injetáveis e da mortalidade relacionada com o consumo de droga, bem como o risco de infeção por VIH em utilizadores de drogas injetáveis⁷⁸. A adesão a este tipo de terapias parece também contribuir para uma maior adesão à terapêutica para o VHC⁶⁸. Como método preventivo, a aplicação deste tipo de tratamento revela ser uma estratégia muito efetiva na prevenção da transmissão do VIH, VHB e VHC por via sanguínea. Em Portugal, as terapias de substituição vigoram desde 1977, tendo sofrido algumas interrupções e alterações até à atualidade⁷⁹.

Relativamente à prevenção específica da infeção por VIH, a PrEP é a medida profilática recomendada para populações com maior risco de infeção³⁸. Esta consiste num medicamento composto pelos antirretrovirais emtricitabina e tenofovir disoproxil fumarato que, se utilizada corretamente, pode diminuir em mais de 90% o risco de transmissão do VIH²⁷. Estudos indicam que a PrEP é efetiva, demonstrando um efeito protetor contra a infeção por VIH^{80,81}. Segundo a OMS, a PrEP deve ser tomada pelos seguintes grupos com maior risco de infeção: homens que têm sexo com homens, pessoas institucionalizadas, utilizadores de drogas injetáveis, trabalhadores do sexo e indivíduos transgéneros³⁹. No contexto português, a PrEP foi aprovada em 2017 segundo o Despacho n.º 4835/2017 e, à semelhança das recomendações feitas pela OMS, é dirigida a grupos com maior risco de infeção por VIH⁸². Uma vez que a indicação terapêutica para estes medicamentos ainda se encontra sob avaliação da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED), foi aprovado em 2018 o Programa de Acesso Precoce (PAP) que iniciou a disponibilização do medicamento⁸³. Atualmente, esta medida preventiva encontra-se disponível em todas as regiões de Portugal Continental e conta com uma adesão de cerca de 1.000 indivíduos⁵.

No caso particular do VHB, apesar de não existir cura para a hepatite B, a transmissão deste vírus pode ser prevenida através de vacinação⁸⁴. A vacina apresenta na sua composição o antígeno de superfície do VHB e é administrada em três doses intramuscularmente⁸⁵. A vacinação apresenta uma eficácia preventiva de infeção entre 95% e 99%⁴⁸. Contudo, a eficácia da vacinação pode diminuir dependendo da

concentração viral da mãe, verificando-se uma redução de 20% em progenitoras com hepatite crónica⁴⁵. Desde 2009, a OMS recomenda a vacinação universal o mais brevemente possível após o nascimento⁸⁶. No âmbito português, a vacina VHB está contemplada universalmente no Programa Nacional de Vacinação (PNV) desde 1994⁴⁸. Atualmente, esta vacina pode ser administrada em qualquer idade, sendo a sua aplicação recomendada logo em recém-nascidos⁸⁵. As crianças e adolescentes que não foram vacinadas na idade aconselhada, deverão fazê-lo assim que possível, tal como pessoas que apresentem maior risco de infeção.

Os métodos preventivos aqui enunciados, bem como outras estratégias recomendadas, demonstram maior eficácia quando utilizados conjuntamente, pelo que a eliminação do VIH, VHB e VHC passará pela sua adoção em larga escala^{38,87,88}.

2.4.2 Prevenção Secundária

A prevenção secundária tem como finalidade detetar precocemente problemas de saúde sobre os quais existe um conhecimento prévio da história natural da doença e cuja duração do período pré-clínico permite intervir na sua evolução⁶⁹. Neste nível de prevenção, o rastreio constitui a medida mais utilizada, tendo como principal objetivo identificar novos casos de infeção, possibilitando o tratamento precoce, reduzindo o risco de transmissão, a evolução para estadios crónicos e a mortalidade associada às infeções. O rastreio constitui uma etapa da cascata de cuidados tanto do VIH, como do VHB e VHC, representando ainda uma das maiores dificuldades deste processo⁶².

Sendo possível atuar precocemente com sucesso sobre as infeções do VIH, VHB e VHC, realça-se a importância de se aumentar o rastreio das mesmas de forma a contrariar a deteção tardia que se continua a observar, sobretudo, em relação ao VHB e VHC, pelo facto dos sintomas surgirem em fases mais avançadas ou os seus portadores não considerarem ter maior risco de infeção^{54,89}. Estima-se que, globalmente, nove em cada dez pessoas desconheçam estar infetadas por estes dois vírus⁸⁹, sendo a deteção tardia superior em países de baixo rendimento⁵⁵.

Segundo a evidência disponível, o conhecimento precoce da infeção e da própria carga viral diminui o risco de transmissão através do tratamento atempado^{35,54,90}. No caso do VIH, estudos revelam que a administração precoce da TARV aumenta a sobrevivência das pessoas que se encontram infetadas e diminui a capacidade de transmissão viral uma vez que atua de forma mais efetiva^{90,91}. Em relação ao VHB e VHC, estudos revelam que a supressão viral prolongada decorrente do tratamento

contribui para a regressão da fibrose, cirrose, redução das taxas de descompensação hepática, hepatocarcinoma e da mortalidade associada a patologias do fígado, bem como a redução da transmissão^{56,92}.

Outro benefício do diagnóstico precoce diz respeito à mudança de comportamentos por parte de quem está ciente da sua infecção. Estudos indicam que o aconselhamento e o diagnóstico precoce de VIH contribuem para diminuir comportamentos de risco^{91,93}, sendo particularmente eficazes em casais que realizam o teste em conjunto, como evidencia um estudo aleatorizado realizado em 2000⁹¹.

A evidência demonstra também que estes rastreios, além de intervenções custo-efetivas, podem constituir uma porta de entrada não só para serviços de tratamento como de prevenção primária^{55,93,94}. Porém, o rastreio destas infecções apresenta também alguns desafios, como por exemplo o estigma social associado à realização dos testes e a um resultado positivo, bem como a possibilidade de ocorrência de falsos-positivos⁹³. Para prevenir a ocorrência destes resultados, devem adicionalmente ser sempre realizados dois a três testes laboratoriais para se obter uma confirmação do diagnóstico em caso de resultado positivo no primeiro teste³⁸.

Deste modo, reconhecendo o potencial dos rastreios, a OMS recomenda a realização de rastreios para as três infecções com diferentes orientações conforme a prevalência de cada país^{95,96}.

2.4.2.1 Métodos de rastreio

No que concerne os métodos de rastreio, existem diferentes testes adequados às várias fases da história natural de cada uma das infecções.

Para o VIH, encontram-se disponíveis cinco tipos de teste, sendo o primeiro virológico e os restantes serológicos: teste de ácidos nucleicos (TAN), teste de 1ª geração, teste de 2ª geração, teste de 3ª geração e teste de 4ª geração³⁸. O VIH apresenta um período de eclipse de cerca de 10 dias após a infecção, pelo que só após este período surge DNA e RNA viral detetável através do teste TAN. Este tipo de teste consiste na colheita de uma amostra de sangue venoso e permite detetar ácidos nucleicos mesmo que estes se encontrem presentes em quantidades muito reduzidas⁹⁷. Por volta do décimo quarto dia após a infecção, passa a ser possível detetar o antígeno p24 através de testes serológicos de 4ª geração, que podem ser imunoensaios enzimáticos (EIA), ensaios de quimioluminescência (CLIA), ensaios de eletroquimioluminescência (ECL) e testes de diagnóstico rápido (TDR)³⁸, sendo que

estes últimos serão abordados com maior detalhe mais adiante. Os anticorpos para o VIH-1 e VIH-2 começam a ser detetáveis por volta do vigésimo primeiro dia após a infecção, passando a ser possível realizar testes de detecção de anticorpos de 3ª geração. A partir do vigésimo oitavo dia podem ser utilizados testes de 2ª geração e a partir do trigésimo quinto dia podem aplicar-se testes de 1ª geração. As características de cada uma das gerações de testes serológicos encontram-se descritas no Quadro 2.

Quadro 2 - Características dos testes serológicos para detecção de VIH. Adaptado de: WHO³⁸

Geração	Características do teste
Primeira geração	Relativamente sensível, mas sem especificidade relativa. Deteta somente anticorpos da imunoglobulina G (IgG)
Segunda geração	Especificidade e sensibilidade elevadas. Deteta apenas IgG
Terceira geração	Aumenta ainda mais a sensibilidade e a especificidade. Deteta IgG e anticorpos da imunoglobulina M (IgM)
Quarta geração	Deteta anticorpos IgM e IgG e antígeno p24, apresentando elevada sensibilidade no início da infecção, ou seja, durante a seroconversão

De entre os diversos testes disponíveis para a detecção do VIH, os testes serológicos são os mais utilizados³⁸. Independentemente do tipo de rastreio usado, recomenda-se que após um primeiro teste, seja realizado um teste complementar em contextos de seroprevalência superior a 5% para confirmar o diagnóstico, enquanto que em contextos com seroprevalência inferior a esse valor se recomenda a realização de três testes.

No que concerne os vírus das hepatites, os antígenos de VHB passam a ser detetáveis cerca de 38 dias após a infecção, surgindo depois os anticorpos para esse vírus, enquanto que os anticorpos para VHC surgem após cerca de 50-60 dias após a infecção e os anticorpos somente depois. Para a detecção dos vírus VHB e VHC, estão disponíveis dois tipos de teste: TAN e testes serológicos – testes imunológicos laboratoriais e TDRs.

Os testes TAN utilizados para estes vírus, à semelhança dos que são aplicados para o VIH, permitem detetar DNA e RNA viral através da amplificação de um segmento do vírus⁵⁵. As versões mais recentes deste tipo de testes permitem a sua utilização tanto por profissionais não treinados como por profissionais de saúde ou técnicos de laboratório, mas apresentam como desvantagens a necessidade de equipamento laboratorial sofisticado, condições laboratoriais específicas e o tempo para a obtenção do resultado é de cerca de três horas.

Em relação aos testes serológicos, os testes imunológicos laboratoriais permitem a deteção de anticorpos, antígenos ou ambos. Os testes imunológicos laboratoriais podem ser EIA, CLIA ou ECL, conforme o método de deteção dos compostos imunes formados. Os resultados indicam um valor de reatividade positivo quando o valor *cut-off* é atingido. Este tipo de testes apresenta como vantagens a análise diária de um elevado número de amostras (>40), mas apresentam como desvantagens a necessidade de condições laboratoriais e treino específico para a sua execução e os resultados têm também um tempo de espera de cerca de três horas.

Tanto para a deteção de VIH, como para VHB e VHC estão ainda disponíveis os TDR, sobre os quais incide em particular o presente trabalho. Estes testes consistem na recolha de uma amostra sanguínea através de uma picada no dedo ou por via oral através da recolha de um transudado da mucosa das gengivas^{55,97}. Os TDRs podem ser de fluxo lateral (imunocromatografia) ou de fluxo vertical (imunofiltração) e fornecem um resultado qualitativo, observando-se apenas uma linha (controlo) em caso de resultado negativo e duas linhas em caso de reatividade positiva⁹⁸. No caso do VIH, os TDRs podem detetar anticorpos e/ou o antígeno p24, podendo detetar antígenos de VHB e anticorpos de VHC^{38,55}.

Este tipo de teste apresenta um baixo custo e pode ser efetuado por profissionais de saúde ou devidamente treinados, além de poder ser aplicado em diferentes contextos por não requerer equipamento e condições complexas³⁸. No entanto, o desempenho destes testes pode variar segundo fatores como o sexo, as comorbilidades e a localização geográfica da pessoa que realiza o teste⁹⁹. Apesar da evidência revelar diferentes valores de especificidade e sensibilidade, a OMS recomenda fortemente a utilização de TDRs³⁸.

Quando aplicados perto do local de prestação de cuidados dos utentes, de modo a permitirem a obtenção mais célere de resultados e a tomada de decisões informadas no momento do rastreio, os TDRs podem também ser designados testes *point-of-care*¹⁰⁰.

2.5 Contextos de aplicação dos rastreios

Os rastreios podem ser aplicados em diferentes contextos encontrando-se estes inseridos em dois grupos principais: os rastreios integrados em serviços de saúde e os rastreios de base comunitária.

Os rastreios integrados em serviços de saúde abrangem locais de prestação de serviços de saúde nos quais se incluem os serviços primários e de ambulatório, hospitais, centros especializados na deteção de doenças transmissíveis, bem como laboratórios e clínicas privadas. Este tipo de abordagem permite a disponibilização do teste para VIH, VHB e VHC num mesmo local, contribuindo para a identificação de um maior número de casos. O facto de os rastreios se encontrarem já interligados aos serviços de saúde neste tipo de contexto favorece a entrada facilitada nos serviços de tratamentos¹⁰¹. Uma vez que este método de implementação de rastreios utiliza profissionais e infraestruturas já existentes, tem demonstrado ser custo-efetivo, sobretudo em regiões onde existe uma elevada prevalência destas infeções⁵⁵. Todavia, em regiões onde se verifica baixa prevalência destes vírus, a abordagem de rastreios integrados nos serviços de saúde só será custo-efetiva se os testes se destinarem a grupos com maior risco de infeção.

Por seu turno, os serviços de rastreio de base comunitária constituem um método complementar ao de rastreio integrado em serviços de saúde. Como a designação indica, os rastreios de base comunitária são aplicados ao nível da comunidade, compreendendo testes porta-a-porta, campanhas móveis, espaços laborais, estabelecimentos de ensino, entre outros³⁸. O facto destes locais se encontrarem inseridos nas comunidades confere-lhes uma maior proximidade e conhecimento sobre as mesmas⁵, o que parece aumentar a adesão aos testes e o diagnóstico precoce⁹⁰. Esta abordagem permite que os locais onde os rastreios se encontram inseridos possam também integrar serviços informativos, de aconselhamento e tratamento³⁸. Não obstante estas vantagens, os rastreios de base comunitária podem apresentar dificuldades em fornecer disponibilidade e acessibilidade aos serviços preventivos, de cuidados e tratamento e podem levantar problemas de estigmatização, discriminação e de confidencialidade⁵⁵.

Estudos que compararam as duas abordagens de rastreio verificaram que o número de pessoas que realizaram rastreios pela primeira vez foi semelhante em ambos os métodos, assim como os custos da realização do teste por pessoa para cada uma das estratégias^{91,102}. Deste modo, e porque permitem rastrear diferentes grupos e um maior número de indivíduos, a OMS recomenda a adoção de rastreios integrados nos serviços de saúde bem como os de base comunitária^{95,96}.

Ambos os contextos foram adotados em diversos países que têm vindo a desenvolver programas no sentido de combaterem estas infeções, como é o caso da Grécia, Geórgia, Egito, Ruanda, França, Reino Unido e Brasil^{62,103}.

À luz da literatura existente, verifica-se que os projetos procuram abranger toda a população adulta, mas a escolha dos locais de rastreio procura incidir sobretudo em zonas onde é conhecida uma maior prevalência destas infeções^{89,104}. A literatura indica ainda que apesar da adesão ser superior em meios urbanos, a descentralização dos rastreios para os cuidados primários pode contribuir para um maior acesso por parte das populações rurais, a gratuitidade dos testes aumenta a adesão aos mesmos e é possível rastrear em larga escala.

Em termos das características sociodemográficas de quem adere aos rastreios, os resultados dos estudos não são consensuais e verifica-se que estes dados nem sempre são recolhidos. No entanto, segundo a UNAIDS, os homens têm menor tendência a aderir aos testes, o que se poderá dever a estigma e estereótipos de masculinidade¹⁰⁵, representando, contudo, maior número de casos positivos do que as mulheres.

São vários os desafios que se parecem colocar no que concerne os rastreios. Estudos indicam haver uma baixa rotina de rastreio na prática clínica. Tal sugere uma menor priorização deste tipo de infeções por parte dos médicos, verificando-se também dificuldade no recrutamento de profissionais para a realização dos rastreios¹⁰⁶. Outros obstáculos que se impõem prendem-se com a falta de financiamento e sustentabilidade dos programas de rastreio^{62,89}. A consciencialização para estas infeções, sobretudo para as hepatites virais, continua a não ser tão notória, pelo que o investimento nesta área é mais reduzido⁶². O estigma, a dificuldade em interceder as populações em maior risco de infeção e estabelecer a sua ligação à terapêutica em caso de resultado positivo são outros aspetos indicados na literatura¹⁰⁷.

Por seu turno, como fatores de sucesso da implementação de rastreios, a evidência refere a utilização de serviços de saúde já existentes, a realização de testes para o VIH, VHB e VHC conjuntamente, a descentralização dos pontos de rastreio para os cuidados de saúde primários e outros locais na comunidade, bem como a cobertura de zonas rurais⁸⁹. Em termos financeiros, o apoio político e de parceiros na comunidade, assim como a utilização de modelos sustentáveis revelam ser importantes^{89,108}. Adicionalmente, a abordagem de rastreio *opt-out* (por iniciativa dos prestadores de cuidados de saúde), a monitorização dos projetos, o comprometimento e a formação dos profissionais que aplicam os testes são também referidos como fatores que contribuem para a obtenção de melhores resultados dos programas de rastreio¹⁰⁹.

Reconhecem-se também algumas lacunas neste tipo de projetos, nomeadamente, a falta de rastreio em populações com idade inferior a 18 anos e de

recolha de informações sociodemográficas e comportamentais que podem ser relevantes para a tomada de decisões^{104,110}. Além disso, é referida a necessidade de se efetuarem estudos acerca das razões que levam à adesão ou recusa dos rastreios, as motivações dos profissionais para a aplicação dos testes, as barreiras e facilitadores tanto para os profissionais que aplicam os testes como para os utentes, assim como a periodicidade em que os rastreios devem ser efetuados^{93,108}.

Analisando em particular a realidade portuguesa quanto à implementação de rastreios para o VIH, VHB e VHC, a prática mais alargada deste tipo de serviço é relativamente recente.

Até à elaboração do primeiro Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/sida, com metas de 2007 a 2010, os testes de rastreio de infeção por VIH ocorriam sobretudo no contexto dos serviços de saúde, ainda que estivessem também disponíveis em locais da sociedade civil¹¹¹. Este programa salientava a importância de se aumentar o acesso aos testes e de se referenciar devidamente, admitindo que a infeção por VIH/SIDA apresenta critérios para a realização de rastreios, nomeadamente, o facto de ser um problema de saúde que pode ser diagnosticado antes do desenvolvimento de sintomas, ser possível viver com a doença durante mais anos se o tratamento for iniciado numa fase precoce e os custos do rastreio serem custo-eficazes. Contudo, este documento afirmava também que a proposta de rastreio com possibilidade de recusa aumenta a realização de testes de rastreio para deteção do VIH. O programa destacava ainda que nos cuidados de saúde a proposta de realização do rastreio não era uma prática frequente, perdendo-se a oportunidade de conhecer o estado serológico do utente, podendo esta falta de rastreamento ser justificada pela dificuldade do utente em partilhar informações necessárias à avaliação do risco pelo médico, pela relutância do profissional de saúde em propor a realização do teste ou pela dificuldade em prestar o aconselhamento. Deste modo, era proposta a expansão do uso dos testes rápidos nos serviços de saúde, em articulação com as ONGs, os CADs e os Gabinetes de Apoio à saúde sexual juvenil.

A partir de 2011, com a publicação da Norma 058/2011, definiram-se os critérios clínicos de prescrição de testes laboratoriais, as subpopulações a quem os testes deveriam ser aplicados de forma seletiva, os grupos a quem deveriam ser aplicados por rotina e aqueles a quem deveriam ser aplicados com periodicidade¹¹². Esta norma recomendava a adoção de uma abordagem *opt-out* e a realização do teste de rastreio dos vírus das hepatites àqueles a quem fosse diagnosticada uma IST.

A norma de 2011 foi atualizada em 2014 e mantém-se em vigor até ao momento, definindo o rastreio do VIH como “a abordagem individual em consulta programada e não programada”⁴¹. A atualização da norma aconselha a realização do rastreio do VIH a todas as pessoas entre os 18 e os 64 anos, devendo o teste ser repetido em caso de exposição a riscos. Independentemente da idade, devem ser alvo de rastreio as seguintes subpopulações: utentes a quem seja necessário realizar diagnóstico diferencial de infeção por VIH, utentes a quem foi diagnosticada uma IST, parceiros sexuais de quem foi diagnosticado com infeção por VIH, homens que tiveram sexo com homens, mulheres parceiras de homens que tiveram sexo com outros homens, pessoas com história de utilização de drogas, indivíduos originários de países com elevada prevalência de infeção por VIH (> 1%), indivíduos que tiveram sexo no estrangeiro ou em Portugal com pessoas provenientes de países de elevada prevalência, reclusos, populações nómadas, pessoas sem abrigo e utentes de CADs.

Mais ainda, os rastreios devem ser aplicados rotineiramente a: grávidas, crianças cujas mães recusaram a realização do teste durante o período pré-natal, mulheres em idade fértil no âmbito dos cuidados pré-concecionais, dadores de sangue, utentes em diálise e dadores e recetores de órgãos transplantados. Com periodicidade definida, devem ainda ser rastreadas: pessoas cujo resultado do teste foi negativo, mas se encontravam no período de janela imunológica, pessoas com teste VIH indeterminado, pessoas com parceiro VIH positivo, homens que têm sexo com homens, utilizadores de drogas, trabalhadores do sexo e pessoas sem abrigo (anualmente ou mais frequentemente se apresentar quadro clínico compatível com infeção primária ou se mantiverem risco elevado de exposição ao VIH), pessoas sujeitas a exposição ocupacional (repetição da realização do teste pela 4.^a e 12.^a semanas se o teste VIH antes ou imediatamente após a exposição for negativo) e utentes sujeitos a violência sexual ou violação (repetição da realização do teste pela 4.^a e 12.^a semanas).

A atualização de 2014 da norma reforçou também o incentivo do rastreio laboratorial segundo uma abordagem *opt-out* salientando como possíveis mais-valias o conhecimento do seu estado serológico por parte de mais pessoas, o diagnóstico precoce e início do tratamento na fase inicial da infeção, a diminuição do estigma associado ao teste e do número de recém-nascidos infetados por VIH e a oportunidade dos indivíduos infetados tomarem medidas preventivas de modo a evitar a transmissão do vírus. Neste documento constavam também indicações acerca dos testes rápidos *point-of-care*, sublinhando a possibilidade deste método gerarem maior número de falsos-negativos dada a menor sensibilidade dos testes de 3.^a geração face aos testes

laboratoriais, uma vez que não identificam o antígeno p24, e a necessidade de supervisão e controlo da qualidade dos locais onde estes testes são praticados.

No âmbito dos rastreios do VHC, a publicação da norma 059/2011 em 2011 estabelecia os critérios para a prescrição do teste de rastreio laboratorial deste vírus, no entanto, o seu cumprimento dirigia-se aos serviços de saúde, não englobando outros contextos para a realização dos testes¹¹³. Apesar das recomendações no sentido da realização de rastreios de infeção por VHB e VHC, verifica-se uma escassez de políticas nesse sentido, o que se pode dever à falta de dados e evidência do custo-efetividade acerca dos mesmos. É de notar que, em Portugal, o Programa Nacional para as Hepatites Virais apenas foi criado em 2016 no seguimento do apelo da Assembleia Mundial da Saúde ao combate destas infeções até 2030⁴⁸.

Atualmente, em Portugal são adotados tanto os métodos de rastreios integrados em cuidados de saúde como de base comunitária para deteção de VIH, VHB e VHC^{12,13}.

Os testes de rastreio para o VIH integrados nos serviços de saúde encontram-se disponíveis nos CSP, hospitais e em CADs, enquanto que os testes de rastreio de base comunitária são disponibilizados por organizações da sociedade civil, por farmácias comunitárias e laboratórios clínicos⁵.

A nível dos CSP, o teste para o VIH pode ser realizado noutros locais por prescrição médica aí obtida, ou de forma voluntária através dos testes rápidos que esses serviços disponibilizam desde 2013. Em 2018, foram efetuados 257.485 testes por prescrição médica dos CSP e 17.025 testes rápidos foram registados em 38 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), verificando-se uma tendência crescente destes últimos (**Figura 2**).

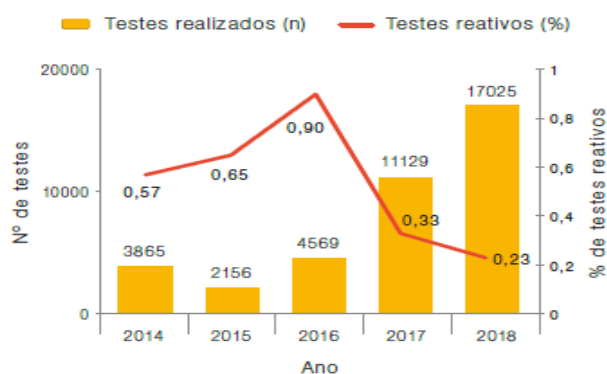


Figura 2 – Testes rápidos realizados nos CSP: tendências temporais do número de testes realizados e de proporção de reatividade. Fonte: DGS/INSA⁵

Relativamente aos cuidados hospitalares, os dados mais recentes reportados nestes serviços indicam 273.026 testes realizados em 2017²⁷.

Os CAD, por sua vez, encontram-se em atividade desde 1998 e operam nos distritos de Bragança, Braga, Viana do Castelo, Porto, Viseu, Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Leiria, Lisboa, Setúbal, Évora, Beja e Faro⁵. Em 2018, foram realizados 8.789 testes nestas infraestruturas, observando-se uma tendência decrescente (**Figura 3**) decorrente da escassez de recursos humanos disponíveis para o funcionamento destes serviços.

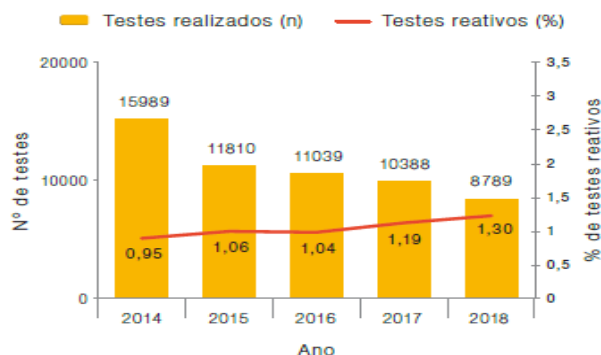


Figura 3 – Testes rápidos realizados nos CAD: tendências temporais do número de testes realizados e de proporção de reatividade. Fonte: DGS/INSA⁵

Do ponto de vista da implementação do rastreio de base comunitária para o VIH, foi registado em 2018 um total de 25.029 testes realizados neste contexto, observando-se uma tendência crescente na adesão a estes serviços (**Figura 4**).

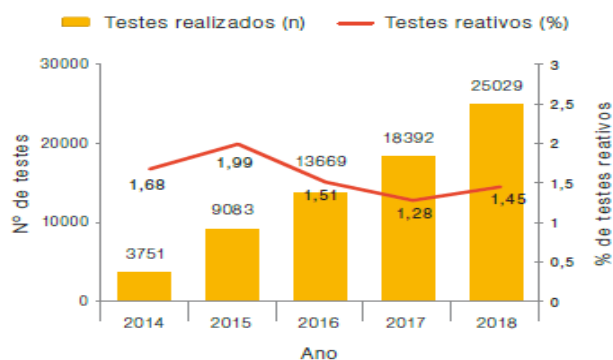


Figura 4 – Testes rápidos realizados em organizações não-governamentais e de base comunitária: tendências temporais do número de testes realizados e de proporção de reatividade. Fonte: DGS/INSA⁵

As estratégias de rastreio do VIH contam ainda com a possibilidade de realização do autoteste. Apesar de já ter sido aprovado em vários países anteriormente, foi em 2016 que a OMS publicou as primeiras diretrizes referentes ao autoteste para o VIH¹¹⁴. Este teste é semelhante aos testes rápidos efetuados noutros contextos, no entanto a sua aquisição possibilita a realização do mesmo num local à escolha de quem o adquire e sem a intervenção de técnicos. Além de procurar conferir autonomia ao utilizador, o autoteste permite uma maior privacidade, visando conseguir rastrear pessoas em maior

risco que de outra forma não recorreriam a serviços de saúde ou comunitários por receio de estigma, discriminação ou perda de anonimato. Porém, levanta variadas questões como a incorreta realização do teste ou interpretação dos resultados, possíveis consequências psicológicas (ex.: depressão e ideação suicida) e levanta questões éticas como a falta de aconselhamento profissional e apoio no encaminhamento para os cuidados de saúde, que poderá levar a uma menor procura de tratamento, bem como o possível aumento de vulnerabilidades sociais (coerção)^{115,116}.

No que concerne os vírus VHB e VHC em Portugal, e à semelhança do que se verifica para o VIH, em termos de rastreios baseados nos serviços é possível efetuar o teste nos CSP, em hospitais e em CADs, e relativamente aos rastreios de base comunitária, as organizações da sociedade civil (ex.: Grupo de Ativistas em Tratamentos – GAT) e farmácias comunitárias também realizam os mesmos¹³. Segundo os dados relativos a 2016, foram efetuados 230.000 testes para VHB e 150.000 testes para VHC em CSP. No contexto comunitário, os dados referentes ao mesmo ano indicam a realização de 1.370 testes para VHB e 2.918 testes para VHC por parte de 11 ONGs.

Em Portugal, a publicação do Despacho n.º 2522/2018¹⁴ e das circulares normativas conjuntas da DGS/ACSS/INFARMED/INSA/SPMS de abril¹¹⁷ e agosto¹¹⁸ de 2018 tornou possível aceder a testes *point-of-care* de rastreio para deteção do VIH, VHB e VHC em farmácias comunitárias e laboratórios de patologia clínica/análises clínicas. De entre os contextos onde estes testes de rastreio são disponibilizados, o presente trabalho irá incidir em maior detalhe sobre as farmácias comunitárias, sobretudo, nos seus fatores facilitadores e barreiras.

2.5.1 Testes de rastreio *point-of-care* em farmácias comunitárias

O projeto piloto de rastreio das infeções por VIH, VHB e VHC em farmácias comunitárias surge no âmbito do projeto “*Fast track cities* – Cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH”¹¹⁹.

Esta iniciativa, lançada pela Declaração de Paris em 2014, consiste numa rede de parcerias entre diversas cidades mundiais com quatro entidades principais: a Associação Internacional de Prestadores de Cuidados no Âmbito da SIDA (IAPAC), o Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA (ONUSIDA), o Programa específico das Nações Unidas para a Habitação e Desenvolvimento Urbano Sustentável (UN-HABITAT) e a cidade de Paris. O projeto “*Fast track cities*” tem como objetivo atuar no sentido de atingir em 2020 as metas 90-90-90, procurando deste modo acabar com

a epidemia da SIDA em 2030. Os critérios de inclusão das cidades que incluem: a carga de VIH, apoio político por parte dos Presidentes das Câmaras Municipais, capacidade de gestão da implementação do projeto ao nível da cidade e evidência de promoção de modelos urbanos de resposta à SIDA.

Em maio de 2017, Lisboa, Porto e Cascais integraram o projeto e comprometeram-se a alcançar estes objetivos, bem como a remover as barreiras de acesso aos serviços de prevenção, seguimento e tratamento das pessoas infetadas por VIH. Para tal, é incentivado o trabalho conjunto de diferentes entidades, entre as quais as farmácias. O presente projeto piloto de inclusão da rede de farmácias como local de rastreio não só do VIH, como do VHB e VHC, surge como uma iniciativa para aumentar o acesso e reduzir as iniquidades, tendo como exemplo a experiência de outros países.

No seguimento do Despacho nº 2522/2018, os testes para o VIH e VHC passaram efetivamente a estar disponíveis nas farmácias comunitárias e laboratórios de patologia clínica/análises clínicas de Cascais, em outubro de 2018, tendo o teste para o VHB sido posteriormente disponibilizado em março de 2019.

Os testes *point-of-care* já se encontravam disponíveis em contexto de farmácia para outros fins como análises à urina, níveis de glucose sanguínea e testes de gravidez. Estudos indicam que estes testes apresentam maior rapidez e simplicidade procedimental do que os habituais testes laboratoriais, demonstrando também vantagens económicas e tecnológicas^{120,121}. Mais ainda, a aplicação destes instrumentos em farmácias revela contribuir para o aumento da adesão aos rastreios, sobretudo por parte dos grupos que apresentam maior risco de infeção¹²².

De acordo com a norma emitida nos termos do despacho, os testes *point-of-care* devem ser providenciados a todos os utentes que o desejem fazer de forma voluntária e possam prestar o seu consentimento informado¹¹⁷. O procedimento destes testes requer um espaço isolado em termos visuais e sonoros que garanta o anonimato, confidencialidade e privacidade do utente. Ao consentir aderir ao rastreio, o utente recebe aconselhamento pré-teste acerca dos riscos de infeção, modos de transmissão, período de janela, métodos preventivos das infeções em questão, procedimento do teste e etapas subsequentes conforme o resultado obtido.

O utente pode optar por realizar o ou os testes que quiser, não sendo obrigatório efetuar os três. O teste para VIH pode ser de 3ª geração, permitindo a deteção de anticorpos tanto para o tipo VIH-1 como para o VIH-2, ou de 4ª geração, permitindo além destes anticorpos detetar o antígeno p24¹²³. Em relação aos testes para VHB e VHC, o primeiro consiste numa pesquisa de AgHbs e o segundo numa pesquisa de anticorpos.

O procedimento para os três testes consiste na recolha de uma amostra sanguínea através de uma picada no dedo¹²³.

Depois da realização do(s) teste(s), o utente recebe aconselhamento pós-teste sobre a interpretação do(s) resultado(s), reforço dos métodos preventivos, necessidade de repetição do teste caso o utente se encontre no período de janela e é-lhe apresentada a possibilidade de efetuar a referência hospitalar para confirmação do resultado com o apoio do farmacêutico, caso o teste seja reativo¹¹⁷. O(s) resultado(s) é(são) facultado(s) ao utente juntamente com alguns dados relativos ao mesmo (data de realização, necessidade de repetição no fim do período de janela, identificação e contacto da farmácia comunitária e o número da cédula ou carteira do profissional que efetuou o(s) teste(s)). Deste modo, os testes *point-of-care* efetuados nas farmácias vão ao encontro dos cinco princípios (5C's) definidos pela OMS para o rastreio do VIH, VHB e VHC. Estes princípios pressupõem: Consentimento, Confidencialidade, Aconselhamento (*Counselling*), Resultados Fidedignos (*Correct results*) e Ligação (*Connection*) a serviços de prevenção, tratamento e cuidados³⁸.

No que concerne especificamente aos rastreios no contexto das farmácias comunitárias, a evidência revela que este local é inócuo do ponto de vista social por não se encontrar diretamente associado aos testes em questão, contrariamente aos habituais locais designados para esse propósito^{122,124}. Os grupos em maior risco, geralmente difíceis de alcançar, parecem preferir as farmácias para procederem aos rastreios por este motivo, bem como por não ser necessário agendar os testes e os resultados serem obtidos rapidamente. Este espaço é também considerado mais acessível do ponto de vista de quem adere ao rastreio por se encontrar geograficamente próximo da população, o que em regiões com pouca disponibilidade de serviços de saúde, como as zonas rurais, contribui para a adesão aos testes¹²². Segundo Gorostiza *et al.*, os principais motivos da escolha da farmácia incidem na rapidez e conforto, seguido da acessibilidade deste contexto¹²⁵.

Do ponto de vista da prestação de cuidados ao utente, o papel do farmacêutico é também indicado como um fator de escolha das farmácias como local para a realização dos rastreios¹²⁶. Segundo estudos efetuados, os farmacêuticos são reconhecidos como profissionais de confiança, com experiência, conhecimento e aptidão para procederem à aplicação dos testes, revelando uma boa capacidade para alcançarem pessoas que nunca realizaram os rastreios, entre as quais se encontram frequentemente os grupos de maior risco^{126,127}.

A evidência indica que as farmácias são um contexto que reúne condições para a aplicação dos testes^{127–129}, verificando-se que as taxas de adesão se situam entre os valores obtidos noutros serviços de saúde quando o rastreio é facultado gratuitamente¹²⁹. Características como a acessibilidade, a conveniência, a celeridade e o papel do farmacêutico são referidas pelos utentes quando questionados sobre a avaliação que fazem deste tipo de serviço^{125,127,128}. Num estudo que analisou os motivos da recusa destes testes de rastreio especificamente em farmácias comunitárias, as razões apresentadas compreendiam a necessidade de mais informação ou preferência da prestação do serviço por parte do seu médico dos cuidados de saúde primários e a percepção de não estarem em risco de ser infetados, mas nenhum utente indicou falta de confiança no farmacêutico ou questões de privacidade¹³⁰.

Encontra-se também descrita a existência de barreiras no que concerne a implementação e o decurso de projetos com estas características. Na perspetiva do utente, as barreiras sentidas dizem respeito ao tempo necessário para a realização dos testes, apesar destes testes serem menos morosos^{130,131}. À semelhança de outros contextos, o facto de reportarem ter sido rastreados recentemente ou não estarem em risco de ser infetados são fatores indicados pelos utentes para a recusa dos testes^{130,132}. Ao nível da estrutura da farmácia, são mencionadas barreiras relacionadas com o financiamento, apoio político e questões logísticas^{128,133}. Estudos sugerem que aspetos estruturais como a inexistência de um espaço privado para realização dos testes, o estigma e falta de envolvimento por parte dos farmacêuticos, bem como o tempo e a remuneração financeira para a aplicação dos testes ou aconselhamento dos utentes relativamente aos vírus, são fatores que podem comprometer o sucesso da implementação dos testes *point-of-care* de rastreio em farmácias comunitárias^{127,134}. No que se refere aos farmacêuticos, a evidência indica que o risco de serem infetados, a desmotivação e reduzida confiança na sua capacidade para a realização do serviço bem como a operacionalização do rastreio no normal funcionamento da farmácia podem ser barreiras do rastreio^{127,133}.

Existem, portanto, desafios no que concerne a implementação de rastreios para VIH, VHB e VHC em farmácias comunitárias e a evidência sugere como próximos passos investigar as barreiras, facilitadores e custos deste tipo de serviço, assim como a adesão aos testes confirmatórios e tratamento^{122,129,131}.

Uma vez que em Portugal a disponibilização de testes *point-of-care* de rastreio para o VIH, VHB e VHC em farmácias comunitárias só ocorreu no final de 2018, não existem ainda estudos nacionais acerca dos rastreios neste contexto. Constituinte uma nova medida de Saúde Pública para se alcançar o objetivo de travar a epidemia dos

vírus em questão, considera-se relevante caracterizar os utentes que aderem aos testes de rastreio em farmácias, identificar os fatores associados à escolha deste local, bem como identificar os seus fatores facilitadores e barreiras, para que deste modo se possa proceder às alterações necessárias para o sucesso desta estratégia.

3. Objetivos

O presente estudo tem por objetivo geral conhecer as perceções, motivações e experiências dos utentes e dos farmacêuticos sobre a realização de testes *point-of-care* de rastreio de infeção por VIH, VHB e VHC nas farmácias comunitárias em Portugal, de modo a gerar evidência que ajude a definir prioridades e estratégias para eliminar barreiras de acesso.

Em detalhe, pretende-se:

1. Caracterizar os utentes que aderem aos testes de rastreio nas farmácias e identificar os fatores associados à escolha deste contexto;
2. Explorar as experiências dos farmacêuticos, identificando fatores facilitadores e barreiras em termos de acesso e recetividade aos testes de rastreio, procedimento, resultado e referenciação.

4. Métodos

O presente estudo encontra-se integrado num projeto de maior dimensão intitulado “Realização de testes rápidos em farmácias comunitárias: estudo de avaliação”, que está a ser desenvolvido pelo Centro de Investigação em Saúde Pública (CISP) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) em parceria com o Centro de Estudos e Avaliação em Saúde (CEFAR).

4.1 Desenho de estudo

O presente estudo tem um desenho misto composto por duas componentes:

- Componente quantitativa transversal – Análise dos dados do questionário aplicado a utentes aquando da realização de testes *point-of-care* de rastreio de infeção por VIH, VHB e/ou VHC em farmácias comunitárias;
- Componente qualitativa exploratória – Realização de grupos focais com os farmacêuticos que realizam testes *point-of-care* de rastreio de infeção por VIH, VHB e VHC em farmácias comunitárias.

4.2 Componente quantitativa

4.2.1 Participantes do estudo

Os participantes deste estudo foram todos os utentes com mais de 18 anos que realizaram pelo menos um teste de rastreio *point-of-care* para VIH, VHB ou VHC nas farmácias comunitárias de Cascais, contabilizando um total de 210 pessoas.

4.2.2 Procedimentos de recolha de dados e instrumentos

Tendo em vista o objetivo de se recolher informação sobre as motivações que levaram os utentes a realizar o(s) teste(s) *point-of-care*, as razões pelas quais optaram pela farmácia e identificar possíveis facilitadores e barreiras desse serviço, utilizou-se como instrumento de recolha de dados o questionário de autopreenchimento, facultativo, anónimo e confidencial que é aplicado aquando da realização do(s) teste(s) e requer o consentimento verbal do utente. Este questionário está contemplado no procedimento de teste para efeitos de monitorização, não inviabilizando, no entanto, o

restante procedimento em caso de recusa¹³⁵. Os dados contemplados neste trabalho compreendem o período entre quatro de maio de 2019, data de início da aplicação do questionário desenvolvido no âmbito da parceria entre o CEFAR e o CISP (Apêndice 1), e 31 de dezembro de 2019. Os dados foram recolhidos e cedidos pelo CEFAR e pelo CISP.

O questionário contemplava as seguintes variáveis:

- Sexo – sexo do utente;
- Idade – agrupada em quinquénios e decénios;
- Naturalidade – correspondente ao país de nascimento. Esta variável foi agrupada por regiões, obtendo-se as seguintes categorias: “Portugal”, “Outros países europeus”, “África”, “América” e “Outros”;
- Escolaridade – Nível de habilitações completado pelo utente;
- 1ª vez que faz o teste – Esta variável apresentava opções de resposta individuais para cada um dos testes;
- Última vez que fez o teste – Esta variável apresentava opções de resposta individuais para cada um dos testes;
- Resultado do último teste que realizou – Resultado do último teste realizado anteriormente;
- Resultado do teste realizado na farmácia – Resultado obtido no(s) teste(s) realizado(s) no momento do preenchimento do questionário;
- Motivos para realizar o teste – Motivos que conduziram à procura do teste naquele dia;
- Ocorrência da(s) situação(ões) que levou(aram) à realização do(s) teste(s) – Período compreendido entre a(s) situação(ões) que motivaram a procura do(s) testes e o momento da realização do(s) teste(s).
- Importância dos fatores da escolha da realização do teste na farmácia – Classificação do grau de importância de fatores do contexto da farmácia na escolha deste local para a realização do teste. Para facilitar a análise estatística houve necessidade de agrupar os dois níveis inferiores de importância e os dois níveis superiores de importância em, respetivamente, “Menor importância” e “Maior importância”;
- Discriminação noutros locais – Experiência prévia de discriminação aquando da realização de teste(s) para identificação dos vírus em questão;
- Comportamentos de risco – Principais comportamentos que conduzem à transmissão das infeções.

4.2.3 Tratamento e análise de dados

Procedeu-se à análise descritiva dos dados, caracterizando-se a amostra através do cálculo das frequências absolutas e relativas de cada uma das variáveis em estudo.

Com a finalidade de se avaliar a relação entre as variáveis qualitativas, neste caso, fatores sociodemográficos e os motivos que levaram os utentes à realização do(s) teste(s), procedeu-se ao teste do Qui-Quadrado de *Pearson*, para o qual se estabeleceu um nível de significância de 5%. Uma vez que a importância das características da farmácia que contribuíram para a escolha deste local constitui uma variável ordinal, recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Spearman* para avaliar a relação entre as classificações atribuídas a esses fatores, tendo-se aplicado os critérios de Dancey e Reidy para avaliar a intensidade das associações¹³⁶.

Para a análise estatística foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (Versão 26).

4.3 Componente qualitativa

4.3.1 População e amostra do estudo

Enquanto intervenientes no processo de realização dos testes de rastreio e elementos integrantes do contexto das farmácias, a participação dos farmacêuticos que aplicaram os testes ou entrevistaram na implementação do projeto contribui para a identificação de possíveis barreiras de modo a poder intervir-se sobre as mesmas. Foram incluídos no estudo os farmacêuticos que apresentavam os seguintes critérios de elegibilidade:

Critérios de inclusão:

- Trabalhar numa farmácia integrada no estudo;
- Ter realizado formação específica para a realização dos testes *point-of-care* de rastreio para VIH, VHB e VHC;
- Ter realizado pelo menos um dos testes *point-of-care* para VIH e/ou VHB e/ou VHC;

Ou

- Ter participado na implementação do projeto piloto.

CrITÉRIOS de exclusão:

- Demonstrar alterações comportamentais/patologias que condicionem a participação no estudo.

A definição do número de grupos focais pautou-se pelo critério de saturação, isto é, pela recolha de dados até que novas informações deixem de emergir¹³⁷, tendo sido realizados três grupos focais, com um total de 15 participantes. Dos 20 estabelecimentos aderentes, foram incluídos neste estudo nove farmacêuticos pertencentes a sete farmácias.

4.3.2 Procedimentos de recolha de dados e instrumentos

Uma vez que se pretende conhecer as perceções, motivações e experiências de um grupo de profissionais relativamente a um fenómeno específico, decidiu utilizar-se uma abordagem com grupos focais, dada a utilidade deste método de recolha de dados para este propósito, para a identificação de problemas e planeamento de estratégias¹³⁸.

Os grupos focais consistem numa discussão entre um grupo de pessoas com características comuns e relevantes para o estudo no âmbito de um determinado assunto. A dimensão dos grupos pode variar entre quatro a doze pessoas e habitualmente são orientados por um moderador e um comoderador¹³⁹. Comparativamente com a técnica das entrevistas, os grupos focais fornecem maior diversidade de respostas na sequência do debate de ideias entre participantes¹⁴⁰, sem que haja, no entanto, necessidade de se alcançar um consenso¹³⁸. Este método pode também ser combinado com outros, nomeadamente inquéritos¹³⁹.

A recolha de dados iniciou-se com uma fase de planeamento na qual foram estabelecidos os critérios de inclusão, procedeu-se ao convite dos farmacêuticos por correio eletrónico para participarem no estudo, tendo-lhes sido apresentado o objetivo geral do projeto de investigação e solicitada a sua participação num grupo focal.

Devido à situação de pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2, por motivos de segurança dos participantes, à exceção do primeiro grupo focal que decorreu nas instalações da ANF, realizado antes de declarado o estado de emergência, as sessões seguintes foram conduzidas online através da plataforma Zoom. Esta modalidade de grupos focais apresenta algumas vantagens e desvantagens face à modalidade presencial. Como referem Stewart e Shamdasani, o facto de ser online facilita a adesão dos participantes, podem obter-se testemunhos mais ricos por ser mais informal e a organização das sessões é menos morosa¹⁴¹. Todavia, este método implica a utilização

de meios tecnológicos, de um maior esforço por parte do moderador para unificar o grupo, sendo também mais difícil analisar a linguagem não verbal.

Os grupos focais foram moderados por uma investigadora experiente e comoderados pela autora da presente dissertação. No início de cada grupo focal, foi explicado aos farmacêuticos o objetivo do estudo em maior detalhe, tendo cada um recebido por email um consentimento informado escrito (Apêndice 2), que assinou e reencaminhou para o investigador, preenchendo também um breve questionário de caracterização sociodemográfica – sexo, idade, nacionalidade, tipo de testes aplicados, período de experiência em contexto de farmácia comunitária, período de aplicação dos testes – através do *Google Forms* (Apêndice 3). No começo da sessão, solicitou-se a autorização para a gravação do áudio do grupo focal, garantindo-se a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes na posterior fase de análise. Para a realização dos grupos focais, foi elaborado um guião orientador que abordou os seguintes tópicos: motivações dos utentes para a realização dos testes, fatores facilitadores e barreiras no acesso e escolha da farmácia para a realização do(s) teste(s), populações estigmatizadas/discriminadas, procedimento do(s) rastreio(s) (fatores facilitadores, fatores condicionantes) e sugestões. Foi realizado um piloto com o objetivo de se testar o guião elaborado, mas dada a riqueza dos contributos dos participantes, procedeu-se também à análise desses dados. O guião dos grupos focais é apresentado no Apêndice 4.

Os grupos focais tiveram uma duração de cerca de 50 minutos.

4.3.3 Tratamento e análise de dados

Os dados recolhidos através dos grupos focais foram analisados segundo o método de análise de conteúdo temática. Segundo *Bardin*, este processo compreende as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento, inferência e interpretação dos resultados¹⁴².

A pré-análise teve início com a transcrição *verbatim* do áudio de cada grupo focal, os quais constituem o *corpus* deste estudo. A transcrição foi feita pela comoderadora e validada pela moderadora, tendo-se recorrido à ferramenta *Microsoft Office Word 365* para o registo do texto. Seguiu-se a leitura flutuante, caracterizada pela leitura inicial do discurso, a partir da qual começaram a emergir temas.

A etapa seguinte contemplou a exploração do material e consistiu na codificação dos temas identificados, devidamente categorizados segundo o critério semântico e tendo em conta as regras de categorização.

A análise de conteúdo foi finalizada com o tratamento, inferência e interpretação dos resultados que serão abordados na secção dos resultados.

4.4 Considerações éticas

O projeto de maior dimensão no qual se encontra integrado o presente estudo recebeu o parecer favorável do Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa Porto.

A metodologia proposta neste estudo procurou salvaguardar os direitos dos participantes de acordo com o disposto no Regulamento Geral de Proteção de Dados, não contemplando a possibilidade de identificação dos utentes por parte do investigador ou de outros intervenientes do estudo.

As entrevistas e os grupos focais foram realizados em ambiente de privacidade de modo a assegurar a confidencialidade dos dados recolhidos e proteger a identidade dos participantes.

Foi obtido o consentimento informado por parte de todos os participantes. A declaração de consentimento informado apresentava um documento informativo no qual eram especificados os objetivos da investigação, os procedimentos da recolha de dados, os direitos dos participantes, a referência de que a participação era voluntária, anónima e confidencial, e que os dados não serão identificáveis, bem como a possibilidade de revogação do consentimento a qualquer momento, sendo fornecidos os contactos necessários para este efeito.

Tendo em conta que o projeto não implicou intervenção, o risco para os participantes pode ser considerado nulo. Não obstante, em casos muito pontuais, não pôde ser excluído o impacto emocional resultante da abordagem destes temas.

O presente estudo resulta de um protocolo de colaboração entre o Centro de Investigação em Saúde Pública (CISP) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e o Centro de Estudos e Avaliação em Saúde (CEFAR), incluindo elementos dessas entidades.

Os investigadores da ENSP/CISP declaram não ter conflitos de interesse. Os investigadores do CEFAR declaram conflito de interesse na medida em que o CEFAR

integra o Infosaúde, Instituto de Inovação e Formação em Saúde, Unipessoal, Lda., empresa do Grupo da Associação Nacional das Farmácias (ANF).

5. Resultados

5.1 Componente quantitativa

Das 363 pessoas que realizaram testes para VIH, VHB e/ou VHC em farmácias durante o período em análise, 210 utentes responderam ao questionário. Na Tabela 1 pode observar-se a caracterização da amostra relativamente às variáveis em estudo.

Tabela 1 – Caracterização da amostra com frequências absolutas e relativas referentes ao questionário.

Variáveis	Frequência absoluta			Frequência relativa (%)		
Sexo						
Feminino	76			36,2		
Masculino	134			63,8		
Idade						
15-19 anos	10			4,8		
20-24 anos	42			20,0		
25-29 anos	37			17,6		
30-39 anos	48			22,9		
40-49 anos	42			20,0		
50-59 anos	21			10,0		
60+ anos	10			4,8		
Naturalidade						
Portugal	159			77,2		
Outros países europeus	10			4,9		
África	17			8,3		
América	20			9,7		
Missing	4					
Nível de escolaridade						
Nenhum	0			0,0		
Ensino Básico – 1º ciclo	1			0,5		
Ensino Básico – 2º ciclo	5			2,4		
Ensino Básico – 3º ciclo	7			3,4		
Ensino Secundário/Equivalente	62			30,0		
Ensino Superior	132			63,8		
Missing	3					
Total de testes realizados						
VIH	73			34,8		
VHC	1			0,5		
VHB	1			0,5		
VIH+VHC	76			36,2		
VIH+VHB	10			4,8		
VHC+VHB	1			0,5		
VIH+VHC+VHB	48			22,9		
Testes realizados (por vírus)	VIH	VHC	VHB	VIH	VHC	VHB
Realizou o teste	207	126	60	98,6	60,0	28,6
Não realizou o teste	3	84	150	1,4	40,0	71,4
Resultado dos testes	VIH	VHC	VHB	VIH	VHC	VHB
Não reativo, cumpre período de janela	138	56	39	65,7	26,7	18,6
Não reativo, não cumpre período de janela	66	69	20	31,4	32,9	9,5
Reativo	1	0	0	0,5	0	0
Resultado desconhecido/ Teste não realizado	5	85	151	2,4	40,5	71,9

Variáveis	Frequência absoluta			Frequência relativa (%)		
1ª vez que faz o teste	VIH	VHC	VHB	VIH	VHC	VHB
Sim	79	54	29	38,2	45,0	50,9
Não	128	66	28	61,8	55,0	49,1
Missing	3	90	153			
Última vez que fez o teste	VIH	VHC	VHB	VIH	VHC	VHB
Nos últimos 12 meses	64	30	8	51,6	50,8	34,8
Há mais de 12 meses	60	29	15	48,4	49,2	65,2
Missing	86	151	187			
Resultado do último teste que realizou	VIH	VHC	VHB	VIH	VHC	VHB
Reativo, poderá estar infetado	0	0	0	0	0	0
Não reativo, não deverá estar infetado	122	60	22	99,2	96,8	91,7
Não sei	1	2	2	0,8	3,2	8,3
Missing	87	148	186			
Motivos para realizar o teste	Opção assinalada		Opção não assinalada	Opção assinalada		Opção não assinalada
Nunca ter feito o teste	50		160	23,8		76,2
Precisar demonstrar que não estou infetado	42		168	20,0		80,0
Mudança de parceiro sexual	55		155	26,2		73,8
Tatuagens e/ou <i>piercing</i>	11		199	5,2		94,8
Transusão de sangue ou seus derivados	1		209	0,5		99,5
Relação sexual desprotegida	103		107	49,0		51,0
Relação sexual no contexto de utilização de drogas de uso recreativo (<i>Chemsex, party 'n' play, etc.</i>)	0		210	0		100
Partilha de material de injeção	0		210	0		100
Relação sexual com uma pessoa que vive com VIH/SIDA e/ou VHC e/ou VHB	9		201	4,3		95,7
Outro:	21		189	10,0		90,0
Confirmação de resultado negativo			5			23,8
Curiosidade			2			9,5
Profissão com risco de infeção			2			9,5
Rotina			2			9,5
Situação que pode levar a infeção			8			38,1
Outro			2			9,5
Ocorrência da(s) situação(ões) que levou(aram) à realização do(s) teste(s)						
Há menos de 3 meses				44,4		
Entre 3 a 12 meses				47,6		
Há mais de um ano				7,9		
Missing						

Importância dos fatores que levaram o utente a fazer o teste na farmácia	NI	PI	I	EI	Missing	NI	PI	I	EI	Missing
Não ter que dar dados pessoais nem identificar-se	36	46	63	49	16	18,6	23,7	32,5	25,3	7,6
Horário de funcionamento adequado às necessidades	6	17	82	89	16	3,1	8,8	42,3	45,9	7,6
Localização ou proximidade da farmácia	12	29	79	77	13	6,1	14,7	40,1	39,1	6,2
Privacidade do atendimento	5	16	65	113	11	2,5	8,0	32,7	56,8	5,2
Reduzido tempo de espera para ser atendido	5	13	64	118	10	2,5	6,5	32,0	59,0	4,8
Confiança no aconselhamento e competência do farmacêutico	1	10	85	101	13	0,5	5,1	43,1	51,3	6,2
Instalações confortáveis	4	22	84	83	17	2,1	11,4	43,5	43,0	8,1
Não conhecer outro lugar para fazer o(s) teste(s)	49	48	66	29	18	25,5	25,0	34,4	15,1	8,6
Não se sentir à vontade para ir a outros serviços de saúde (ter medo ou vergonha do que as pessoas vão pensar)	63	57	41	32	17	32,6	29,5	21,2	16,6	8,1
Ter receio de ser discriminado se fizer teste em outro local	66	49	46	32	17	34,2	25,4	23,8	16,6	8,1
Outro fator	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Discriminação noutros locais										
Sim	1					0,5				
Não	127					63,8				
Nunca fez o teste	71					35,7				
Missing	11									
Comportamentos de risco	Sim		Não		Missing	Sim		Não		Missing
Relação sexual com uma pessoa que vive com o VIH/SIDA e/ou HepC e/ou HepB	11		179		20	5,8		94,2		9,5
Utilização de drogas injetáveis	0		196		14	0		100,0		6,7
Relações sexuais com pessoas do mesmo sexo	23		174		13	11,7		88,3		6,2
Teve alguma IST	18		180		12	9,1		90,9		5,7
Ter sido pago ou pagar para ter relações sexuais	8		189		13	4,1		95,9		6,2
Identificar-se como transexual	0		197		13	0		100		6,2

Legenda:

NI – Nada importante

PI – Pouco importante

I – Importante

EI – Extremamente importante

Verificou-se que as pessoas que realizaram os testes nas farmácias pertenciam maioritariamente ao sexo masculino (63,8%).

A média das idades dos utentes situava-se nos 35 anos (35,28), observando-se uma maior adesão por parte da faixa etária entre os 30-39 anos (22,9%) e uma adesão inferior por parte das faixas etárias entre os 15-19 anos (4,8%) e acima dos 60 anos (4,8%).

Relativamente à nacionalidade, a maioria dos utentes eram portugueses (77,2%), seguindo-se utentes provenientes da América (9,7%), cuja totalidade apresentava como país de origem o Brasil, utentes de origem africana (8,3%) e por fim, provenientes de outros países europeus (4,9%).

No que concerne o sexo e a nacionalidade dos utentes, verificou-se que estes fatores estão associados de forma significativa ($p < 0,05$) (Tabela 2). A proporção de portugueses e pessoas oriundas de outros países europeus parece ser maior nos homens, enquanto que a percentagem de utentes de nacionalidade africana e americana parece ser superior nas mulheres.

Tabela 2 – Teste Qui-Quadrado para sexo x nacionalidade.

		Naturalidade					
		Portugal		Outros países europeus	África	América	Total
Sexo	Feminino	n	51	3	11	10	75
		%	68,00%	4,00%	14,70%	13,30%	100,00%
	Masculino	n	108	7	6	10	131
		%	82,40%	5,30%	4,60%	7,60%	100,00%
	Total	n	159	10	17	20	206
		%	77,20%	4,90%	8,30%	9,70%	100,00%

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,942 ^a	3	0,030
Likelihood Ratio	8,617472	3	0,035
N of Valid Cases	206		

a. 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,64.

A maioria dos utentes indicou ter completado o ensino superior (63,8%), tendo afirmado ter concluído o Ensino Básico – 2º ciclo, o Ensino Básico – 3º ciclo e o Ensino Secundário/Equivalente. Apenas 0,5% dos utentes indicou ter um nível de escolaridade até ao Ensino Básico – 1º ciclo. Nenhum utente indicou não ter qualquer nível de escolaridade.

Quanto ao total de testes realizados por cada utente, obtiveram-se taxas mais elevadas para quem optou por fazer o teste de VIH e VHC em conjunto (36,2%) e para quem efetuou apenas o teste de VIH (34,8%), sendo que fazer apenas um dos testes dos vírus das hepatites (0,5%) ou ambos (0,5%) foram as opções menos frequentes. Comparando a adesão de cada um dos testes, a maioria das pessoas que respondeu

ao questionário realizou o teste de VIH (98,6%) e o teste de VHC (60,0%), observando-se uma procura do teste de VHB (28,6%) muito inferior às restantes. Em relação ao resultado dos testes, para VIH e VHB o resultado mais frequente foi “Não reativo, cumpre período de janela” e para VHC foi “Não reativo, não cumpre período de janela”.

Do conjunto de motivos apresentados para a realização do(s) teste(s), o motivo “Relação sexual desprotegida” foi o mais assinalado (49,0%), seguindo-se as respostas “Mudança de parceiro sexual” (26,2%) e “Nunca ter feito o teste” (23,8%). Os motivos “Relação sexual no contexto de utilização de drogas de uso recreativo (*Chemsex, party ‘n’ play*, etc.)” e “Partilha de material de injeção” não foram indicados por nenhum utente. Na opção de resposta “Outro”, as categorias “Situação que pode levar a infeção” (38,1%) e “Confirmação de resultado negativo” (23,8%) foram as mais frequentes.

No que tange os motivos para a realização do(s) teste(s), o teste Qui-Quadrado revela existir uma associação estatisticamente significativa entre a idade dos utentes e o motivo de nunca terem feito o teste ($p < 0,05$) (Tabela 3). Verificou-se que a proporção de indivíduos que assinalaram como motivo nunca terem efetuado o(s) teste(s) foi maior nas duas classes etárias mais jovens e na classe de indivíduos mais idosos.

Tabela 3 – Teste Qui-Quadrado para idade x motivo: nunca ter feito o teste.

			Motivo: Nunca ter feito o teste		
			Sim	Não	Total
Idade	15-19	n	6	4	10
		%	60,0%	40,0%	100,00%
	20-24	n	19	23	42
		%	45,2%	54,8%	100,00%
	25-29	n	7	30	37
		%	18,9%	81,1%	100,00%
	30-39	n	6	42	48
		%	12,5%	87,5%	100,00%
	40-49	n	4	38	42
		%	9,5%	90,5%	100,00%
	50-59	n	5	16	21
		%	23,8%	76,2%	100,00%
	60+	n	3	7	10
		%	30,0%	70,0%	100,00%
	Total	n	50	160	210
		%	23,8%	76,2%	100,00%

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	26,660 ^a	6	0,000
Likelihood Ratio	25,474	6	0,000
N of Valid Cases	210		

a. 2 cells (14,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,38.

Segundo o teste Qui-Quadrado existe uma associação estatisticamente significativa entre a realização do teste de VHC e o motivo de nunca ter feito o teste ($p < 0,05$) (Tabela 4). A maioria dos utentes que realizaram o teste de VHC não indicou como motivação nunca ter feito o teste (70,6%). No entanto, do total de pessoas que

assinalaram este motivo, verificou-se que uma maior proporção de utentes realizou o teste de VHC (74,0%) comparativamente a outros testes (26,0%).

Tabela 4 – Teste Qui-Quadrado para realização do teste de VHC x motivo: nunca ter feito o teste.

			Motivo: Nunca ter feito o teste		
			Opção assinalada	Opção não assinalada	Total
Realização do teste de VHC	Realizou o teste	n	37	89	126
		%	29,4%	70,6%	100,0%
	Não realizou o teste	n	13	71	84
		%	15,5%	84,5%	100,0%
	Total	n	50	160	210
		%	23,8%	76,2%	100,0%

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,359 ^a	1	0,021		
Continuity Correction ^b	4,621	1	0,032		
Likelihood Ratio	5,581	1	0,018		
Fisher's Exact Test				0,021	0,015
N of Valid Cases	210				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 20,00.

b. Computed only for a 2x2 table

A idade e o motivo de relação sexual desprotegida parecem também apresentar uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) (Tabela 5). A maioria dos utentes com idade entre os 15-19 anos, 20-24 anos e 30-39 anos assinalou como motivo para a realização de teste(s) ter tido relação sexual desprotegida, enquanto que a maioria dos utentes das faixas etárias de 25-29 anos, 40-49 anos e 50-59 anos não assinalou esse motivo. Na faixa etária acima de 60 anos, 50% das pessoas assinalaram o motivo de relação sexual desprotegida.

Tabela 5 – Teste Qui-Quadrado para idade x motivo: teve relação sexual desprotegida.

			Motivo: Teve relação sexual desprotegida		
			Sim	Não	Total
Idade	15-19	n	6	4	10
		%	60,0%	40,0%	100,00%
	20-24	n	25	17	42
		%	59,5%	40,5%	100,00%
	25-29	n	18	19	37
		%	48,6%	51,4%	100,00%
	30-39	n	28	20	48
		%	58,3%	41,7%	100,00%
	40-49	n	17	25	42
		%	40,5%	59,5%	100,00%
	50-59	n	4	17	21
		%	19,0%	81,0%	100,00%
	60+	n	5	5	10
		%	50,0%	50,0%	100,00%
	Total	n	103	107	210
		%	49,0%	51,0%	100,00%

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,784 ^a	6	0,047
Likelihood Ratio	13,421	6	0,037
N of Valid Cases	210		

a. 2 cells (14,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,90.

De modo a analisar com maior detalhe as motivações que levaram à realização do(s) teste(s), a tabela disponível no Apêndice 5 apresenta as combinações de motivos assinalados, tendo-se verificado que 65,0% dos utentes indicou apenas um motivo para a realização do(s) teste(s), 25,5% indicou dois motivos, 8,0% indicou três motivos e 1,5% indicou quatro motivos.

De entre as possibilidades de resposta, a seleção apenas do motivo “Tive relação sexual desprotegida” foi a mais frequente (27%), seguida dos motivos “Mudei de parceiro sexual” (10,5%), “Outro motivo” (9,0%), “Nunca tinha feito o teste” (7,5%), “Preciso demonstrar que não estou infetado” (7,0%) e “Tive relação sexual com uma pessoa que vive com o VIH/SIDA e/ou vírus Hepatite C e/ou vírus Hepatite B” (4,3%).

Nos casos em que os utentes assinalaram mais do que uma opção de resposta, a combinação do motivo “Nunca tinha feito o teste” e “Tive relação sexual desprotegida” foi a mais frequente (7,0%), seguida das combinações entre os motivos “Tive relação sexual desprotegida” e “Mudei de parceiro sexual” (6,5%), os motivos “Preciso demonstrar que não estou infetado” e “Mudei de parceiro sexual” (3,5%) e os motivos “Tive relação sexual desprotegida” e “Preciso demonstrar que não estou infetado” (2,0%).

No que diz respeito ao período desde a situação que motivou a realização do(s) teste(s), a resposta mais assinalada foi “Entre 3 a 12 meses” (47,6%).

Nas questões relativas aos comportamentos de risco de infeção por estes vírus, a maioria dos utentes indicou não ter tido nenhum desses comportamentos. No entanto, os comportamentos mais assinalados foram ter tido relações sexuais com pessoas do mesmo sexo (11,7%) e ter tido alguma IST (9,1%). Por seu turno, as opções “Utiliza drogas injetáveis” e “Identificar-se como transexual” não foram assinaladas por nenhum indivíduo.

Observou-se que o sexo dos utentes e o comportamento de risco relativo a relações sexuais com pessoas do mesmo sexo estão também associados de forma estatisticamente significativa ($p < 0,05$) (Tabela 6). A maioria dos utentes de ambos os sexos indicaram não ter relações sexuais com pessoas do mesmo sexo, verificando-se, no entanto que a percentagem de inquiridos que teve esse comportamento foi maior nos homens em comparação com as mulheres.

Tabela 6 – Teste Qui-Quadrado para sexo x teve relações sexuais com pessoas do mesmo sexo.

			Teve relações sexuais com pessoas do mesmo sexo		
Sexo	Feminino	n	3	69	72
		%	4,2%	95,8%	100,0%
	Masculino	n	20	105	125
		%	16,0%	84,0%	100,0%
	Total	n	23	174	197
		%	11,7%	88,3%	100,0%

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,204 ^a	1	0,013		
Continuity Correction ^b	5,109	1	0,024		
Likelihood Ratio	7,139	1	0,008		
Fisher's Exact Test				0,012	0,009
Linear-by-Linear Association	6,172	1	0,013		
N of Valid Cases	197				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,41.

b. Computed only for a 2x2 table

Relativamente à classificação dos fatores que levaram à realização do(s) teste(s) na farmácia, a maioria dos utentes atribuiu um dos graus de importância superiores (Importante ou Extremamente importante) aos fatores “Confiança no aconselhamento e competência do farmacêutico” (94,4%), “Reduzido tempo de espera para ser atendido” (91,0%), “Privacidade do atendimento” (89,4%), “Horário de funcionamento adequado às minhas necessidades” (88,2%), “Instalações confortáveis” (86,5%), “Localização ou proximidade da farmácia” (79,2%) e “Não ter que dar dados pessoais nem identificar-me” (57,8%). A maioria dos utentes atribuiu um dos graus de importância inferiores (Nada importante ou Pouco importante) nos fatores “Não me sinto à vontade para ir a outros serviços de saúde (tenho medo ou vergonha do que as pessoas vão pensar de mim)” (62,2%), “Tenho receio de ser discriminado se fizer teste em outro local” (59,6%) e “Não conheço outro lugar para fazer o(s) teste(s)” (50,5%). Nenhum utente indicou outro fator além dos apresentados.

Relativamente ao coeficiente de correlação de Spearman aplicado à classificação da importância atribuída aos fatores da escolha da farmácia como local de rastreio, e de acordo com critérios classificação de Dancey e Reidy¹³⁶, a única correlação forte encontrada foi positiva e verificou-se entre o fator “Não me sinto à vontade para ir a outros serviços de saúde (tenho medo ou vergonha do que as pessoas vão pensar de mim)” e o fator “Tenho receio de ser discriminado se fizer teste em outro local” ($p=0,816$, $p=0,000$). A tabela com os resultados do coeficiente de correlação de Spearman encontra-se no Apêndice 6.

Em relação à realização prévia destes testes, verificou-se que 38,2%, 45,0% e 50,9% das pessoas que realizaram, respetivamente, o teste de VIH, o teste de VHC e o teste de VHB (50,9%) fizeram-no pela primeira vez. A maioria dos respondentes que

efetuaram o teste de VIH ou VHC revelaram ter feito o último teste mais recentemente, assinalando a opção “Nos últimos 12 meses”. Para o VHB, a resposta mais frequente foi “Há mais de 12 meses”. Nenhum dos utentes que fez anteriormente o teste obteve um resultado reativo para algum dos vírus, sendo que para os três testes a resposta mais frequente foi “Não reativo, não deverá estar infetado”.

Relativamente à idade dos utentes, o teste Qui-Quadrado indicou haver uma associação estatisticamente significativa entre este fator e a realização do teste de VIH pela primeira vez ($p < 0,05$) (Tabela 7). A maioria dos utentes das faixas etárias dos 15-19 anos e dos 20-24 anos indicou ser a primeira vez que realizam este teste, enquanto que a maioria dos utentes das restantes faixas etárias indicou já ter realizado o teste anteriormente.

Tabela 7 – Teste Qui-Quadrado para idade x fazer o teste de VIH pela primeira vez.

			Fazer o teste de VIH pela primeira vez		
			Sim	Não	Total
Idade	15-19	n	8	2	10
		%	80,00%	20,00%	100,00%
	20-24	n	25	16	41
		%	61,00%	39,00%	100,00%
	25-29	n	15	22	37
		%	40,50%	59,50%	100,00%
	30-39	n	12	36	48
		%	25,00%	75,00%	100,00%
	40-49	n	10	31	41
		%	24,40%	75,60%	100,00%
	50-59	n	5	15	20
		%	25,00%	75,00%	100,00%
	60+	n	4	6	10
		%	40,00%	60,00%	100,00%
	Total	n	79	128	207
		%	38,20%	61,80%	100,00%

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	24,849 ^a	6	0,000
Likelihood Ratio	24,946	6	0,000
N of Valid Cases	207		

a. 2 cells (14,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,82.

Parece existir uma associação estatisticamente significativa entre a realização dos testes de VIH e VHC pela primeira vez ($p < 0,05$) (Tabela 8). Quase todos os utentes que efetuaram o teste de VIH pela primeira vez também nunca tinham feito o teste de VHC (97,8%) e a maioria das pessoas que já tinham realizado um dos testes anteriormente também já tinha realizado o outro (89,0%).

Tabela 8 – Teste Qui-Quadrado para realização do teste de VIH pela primeira vez x realização do teste de VHC pela primeira vez.

			Esta é a primeira vez que faz o teste de VHC?		
			Sim	Não	Total
Esta é a primeira vez que faz o teste de VIH?	Sim	n	44	1	45
		%	97,8%	2,2%	100,0%
	Não	n	8	65	20
		%	11,0%	89,0%	100,0%
	Total	n	52	66	210
		%	44,1%	55,9%	100,0%

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	85,133 ^a	1	0,000		
Continuity Correction ^b	81,647	1			
Likelihood Ratio	101,861	1			
Fisher's Exact Test			0,000	0,000	0,000
Linear-by-Linear Association	84,412	1	0,000		
N of Valid Cases	118				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 19,83.

b. Computed only for a 2x2 table

À semelhança do que se verificou para os testes de VIH e VHC, parece existir uma associação estatisticamente significativa entre a realização dos testes de VIH e VHB pela primeira vez ($p < 0,05$) (Tabela 9). Dos utentes que realizaram ambos os testes, todos os que efetuaram o teste de VIH pela primeira vez nunca tinham feito o de VHB e apenas uma pequena proporção de pessoas que realizaram pela primeira vez o teste de VHB não tinha realizado o teste de VIH anteriormente (6,9%).

Tabela 9 – Teste Qui-Quadrado para realização do teste de VIH pela primeira vez x realização do teste de VHB pela primeira vez.

			Esta é a primeira vez que faz o teste de VHB?		
			Sim	Não	Total
Esta é a primeira vez que faz o teste de VIH?	Sim	n	26	0	26
		%	100,0%	0,0%	100,0%
	Não	n	2	27	29
		%	6,9%	93,1%	100,0%
	Total	n	28	27	55
		%	50,9%	49,1%	100,0%

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	47,549 ^a	1	0,000		
Continuity Correction ^b	43,897	1			
Likelihood Ratio	61,673	1			
Fisher's Exact Test			0,000	0,000	0,000
Linear-by-Linear Association	46,685	1	0,000		
N of Valid Cases	55				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,76.

b. Computed only for a 2x2 table

Quando questionados sobre experiências anteriores de discriminação aquando da realização destes testes noutros locais, apenas 0,5% dos utentes indicou ter sido alvo de preconceito noutros locais de rastreio.

5.2 Componente qualitativa

5.2.1 Caracterização da amostra

Os grupos focais contabilizaram um total de 15 participantes, tendo as sessões sido compostas, respetivamente, por seis, quatro e cinco participantes. Os participantes do primeiro grupo focal estiveram envolvidos na implementação do projeto e os participantes dos restantes grupos focais aplicaram os testes nas farmácias.

Quase três quartos dos participantes eram do sexo feminino e a sua idade estava compreendida sobretudo entre os 25-29 anos. Todos os elementos tinham nacionalidade portuguesa. Quanto ao tempo de exercício profissional no contexto de farmácias comunitárias, e depois de agrupados os anos devido à diversidade de valores, a maior proporção dos farmacêuticos indicou valores entre 2-9 anos. Depois de agrupados os dados, verificou-se que quase dois terços destes profissionais indicaram aplicar os testes rápidos há 9-13 meses.

Na Tabela 10 encontram-se os dados sociodemográficos dos participantes de todos os grupos focais.

Tabela 10 - Caracterização dos participantes dos grupos focais.

	n	%
Sexo		
Feminino	11	73
Masculino	4	27
Idade		
25-30 anos	4	31
31-36 anos	3	23
37- 42 anos	2	15
43-48 anos	1	8
49-55 anos	3	23
Missing	2	
Nacionalidade		
Portuguesa	13	100
Missing	2	
Tipo de testes aplicados		
VIH, VHC	1	9
VIH, VHB, VHC	10	91
Missing	4	
Período de exercício profissional no contexto das farmácias comunitárias		
2-9 anos	3	43
10-17 anos	1	14
18-25 anos	2	29
26-33 anos	1	14
Missing	8	
Período de aplicação do(s) teste(s)		
4-8 meses	1	9
9-13 meses	7	64
14-18 meses	3	27
Missing	4	

Os resultados da análise de conteúdo dos grupos focais serão apresentados de acordo com as categorias e temas que emergiram dos discursos. Os participantes serão identificados segundo um código – ex.: Grupo 1, Participante 01, Mulher (G1P01,M).

5.2.2 Análise de conteúdo

5.2.2.1 Caracterização dos utentes que realizam os testes na farmácia **Adesão**

- Grupos que recorrem à farmácia para realizar os testes

No que concerne as características dos utentes que aderem aos testes rápidos nas farmácias, verifica-se uma maior procura por parte de alguns grupos em particular.

Em todos os grupos focais os participantes destacaram como principais utilizadores dos rastreios utentes não habituais das suas farmácias, embora alguns farmacêuticos tenham relatado prestar este serviço a clientes usais das suas farmácias:

“() (Nos) utentes que tive, que tive para fazer o teste são todos de fora, não era ninguém que eu conhecia, (...) não era nenhum cliente aqui da farmácia, (...)” (G2P10,M);

“(...) no meu caso, (...) foram sempre utentes que não, não são habituais, inclusivamente, de outras localidades. (...)” (G3P11,M).

“Eu já tive casos que eram conhecidos (...)” (G2P09,M);

“no contexto aqui da farmacia são pessoas que conhecemos” (G3P12,M).

Verificou-se também que a população migrante procura frequentemente os testes em farmácias:

“(...) vamos ter a procura por muitos indivíduos de outras nacionalidades, (...) e aí não deixa de ser uma população vulnerável, que tem sempre muito receio (...), principalmente se vão ter (...) o mesmo direito de acesso aos cuidados de saúde (...)” (G1P05,M);

“(...) nós temos uma grande comunidade brasileira, agora aqui no centro de Cascais, e eles já estão muito mais alerta para fazer testes de rastreio de HIV (...).” (G3P14,H).

Em relação à idade, as experiências não são consensuais. Parece haver uma maior tendência de procura por parte de utilizadores mais jovens, embora alguns participantes refiram haver procura por parte de diversas faixas etárias:

“(...) eu penso que todos os testes que realizámos foram a utentes na mesma faixa etária (...) ali entre os (...), os vinte e os trintas, por aí. Todos jovens. (...) a:::, nunca fizemos testes nenhuns a pessoas de mais idade, (...)” (G3P11,M)

“Mais jovens até aos 30, (...) mas se calhar depois apanhamos pessoas mais velhas, (entre) os 50, 70 também. (...)” (G2P08,H);

“(...) no nosso caso desde os 18 aos 70, (...)” (G3P12,M).

Os farmacêuticos indicaram também haver procura por parte dos grupos com maior risco para estas infeções:

“(...) também já apanhei (gente) da comunidade homossexual que costuma fazer estes rastreios (como procedimento) mensalmente e quando nós começámos a fazer, começaram a vir à farmácia também. (...)” (G2P10,M);

“(...) todos eles com comportamentos de risco (...)” (G3P11,M).

Um dos participantes sugeriu ainda que poderão procurar este serviço pessoas que habitualmente têm cuidados com a sua saúde:

“É assim, os mais preocupados com a sua saúde são sempre aqueles que procuram mais, mas esses por si só já procuram, não é? (...)” (G1P02,M).

- Grupos menos abrangidos pelos rastreios

Foram identificados três grupos em particular que, embora possam ter comportamentos de risco não realizam ou aderem menos aos testes.

A população mais idosa parece ser a que menos adere aos testes, sendo que um dos participantes chega a destacar os utentes do sexo masculino:

“não tive pedidos de pessoas mais velhas” (G3P13,H)

“Homens (séniores).” (G2P10,M).

Um outro grupo que pode necessitar de ser rastreado mas não se encontra abrangido no projeto diz respeito aos jovens com idade inferior a 18 anos:

“temos muitos jovens do liceu a pedir para fazer o teste / e sabemos que têm comportamentos de risco pela outra parte que vemos na farmacia, pilulas dia seguinte, testes de gravidez (...)” (G3P12,M).

Foi ainda evidenciado que algumas populações em maior risco de infeção, nomeadamente os utilizadores de drogas injetáveis, poderão não recorrer a este serviço da farmácia:

“Se calhar numa farmácia não vamos ter (...), tão frequentemente a procura da realização deste tipo de teste por utilizadores de drogas injetáveis, (...)” (G1P05,M).

Recetividade e procura dos rastreios

Segundo os testemunhos dos farmacêuticos, a recetividade e procura destes testes parecem variar entre farmácias.

De acordo com alguns participantes, a perceção quanto à recetividade dos utentes parece ser positiva, enquanto outros referiram não ter uma grande procura e esta ter vindo a diminuir ao longo do projeto:

“(...) não fiz muitos ainda, mas (fiz alguns).” (G2P09,M);

“(...) tínhamos sempre quatro, cinco testes por mês (...)”. (G2P10,M);

“(...) nós não fazemos muitos testes destes na farmácia, (...). Ali na nossa zona, não sei qual é o motivo mas não há assim muita procura. (...)” (G3P11,M);

“(...) principalmente no início, (...) vinha todo o tipo de gente tentar fazer o teste. (...)” (G3P14,H);

“sim, abrandou bastante” (G3P12,M)

Meio de conhecimento dos rastreios

De acordo com a perceção dos participantes dos grupos focais, as redes sociais/internet, bem como a farmácia, constituem os principais meios através dos quais os utentes tomam conhecimento destes rastreios:

“E redes sociais, (...) há um movimento muito grande e há utentes pelo menos os mais novos e até os mais idosos também já usam Facebook, não é? (...)” (G1P02,M);

“(...) muitos vão à internet ver onde é que podem fazer o teste, quais é que são as farmácias onde podem fazer (...)”. (G3P14,H);

“(...) [Na farmácia] com materiais alusivos à realização, (...) à partida uma pessoa que veja um cartaz, parte do pressuposto que ali vai ter uma resposta, (...)”/“(...) os cartazes de montra, também são essenciais. (...)” (G1P05,M);

“(...) temos os folhetos, temos cartazes no espaço físico da farmácia, (...) penso que (...) podem levar à procura do teste, (...)” (G3P11,M).

A comunicação social e a divulgação local foram também meios referidos:

“(...) A comunicação social, artigos, (...) [Notícias...] (...)” (G1P02,M);

“(...) todas aquelas notícias, todo aquele mediatismo (...)” (G3P14,M);

“A nível local também têm sido adotadas várias medidas, que fazem (...) com que as pessoas também fiquem mais despertadas para a realização destes testes e deste serviço. (...)” (G1P05,M).

O meio menos referido foi o passa-palavra:

“(...) mas depois acaba por ser um bocadinho o passa-palavra. (...)” (G1P03,H).

Motivos de realização dos testes de rastreio

De acordo com a perceção e experiência dos participantes, as principais motivações que levam os utentes a realizar os testes são:

- os comportamentos de risco:

“(...) acho que a maioria das pessoas que vêm cá é porque têm algum comportamento de risco. (...)” (G3P14,H);

“(...) por relações desprotegidas (...), por não conhecerem as pessoas... (...) Também já fiz alguns testes a pessoas que tinham feito tatuagens e que queriam também ter a certeza que (...) não houve nenhum problema. (...)” (G3P11,M);

- a dúvida/receio quanto à possibilidade de estarem infetados:

“[São aquelas dúvidas que surgem, exato] (...) Em que o risco, (...) a dúvida nem é justificável (...) mas pela desinformação que a pessoa tem, tem essa dúvida e esse receio e vai à farmácia (...)” (G1P06,M);

“(...) nos que eu realizei a procura é devida:: mais por, por receios, (...)” (G3P11,M);

“Alteração de um parceiro sexual, não é? E a pessoa querer também (...), ter a certeza que não irá (...), infetar...” (G1P04,M).

Outros motivos relatados pelos participantes referiam-se:

- à curiosidade dos utentes

“(...) por curiosidade saber se têm HIV ou não, se têm hepatite C ou não (...)” (G1P03,H);

“(...) porque nunca fizeram os testes” (G3P12,M).

- à gratuidade dos testes

“[Porque é gratuito] apetece-me fazer e é gratuito e não sei o quê”. (G1P04,M; G1P03,H)

- ao risco profissional

“(...) a picar um dedo em contexto de formação, a picar o dedo a uma colega, isso foi abandonado das formações, (...). Peguei naquilo, aquilo estava armado e picou-me o dedo e já tinha picado nela, percebem? (...) Eu quis ir fazer o teste, como é óbvio, não é? (...)” (G1P02,M).

Elementos facilitadores para os utentes

Nos três grupos focais realizados, foram indicados pelos participantes vários fatores facilitadores, dos quais se destacou o papel do farmacêutico. Relativamente à figura deste profissional, a característica mais referida pelos participantes foi a sua posição privilegiada junto da comunidade:

“(...) o farmacêutico tem um conhecimento da comunidade, é um ser da comunidade, (...) estão inseridos na comunidade, conhecem as tendências, comportamentos de risco, o que é que está a acontecer, o que é que não está a acontecer, (...)” (G1P03,H);

“(...) temos um papel importante também devido à proximidade que temos sempre com os utentes, isso é inegável. (...) estamos sempre dispostos a ajudar. As pessoas sentem que têm confiança nos farmacêuticos em muitas situações, não só na realização deste tipo de testes, (...)” (G3P11,M);

“sentem-se à vontade (...) ninguém teve problemas em falar sobre a sua vida e suas preocupações” / “aliás, uma das utentes que testou positivo para Hep B veio há 2 semanas dizer-me que já tinha completado o tratamento e com sucesso” (G3P12,M).

A sua capacidade técnica para a execução deste serviço foi também referida:

“(...) como comunicadores também que somos, (...) acho que conseguimos (...) com a nossa competência científica, técnica, veem que é as informações que precisam de saber. (...)” (G2P09,M);

“(...) poder orientar o doente face ao resultado do teste, (...) ajudando o doente na navegabilidade no sistema de saúde (...).” (G1P02,M).

A acessibilidade dos testes e a rapidez relativamente ao tempo de espera para o atendimento, procedimento e conhecimento dos resultados, nomeadamente quando comparados com os de outros locais de rastreio, foram também temas muito abordados:

“(...) finalmente têm um acesso efetivo e sabem onde é que o vão ter (...)” (G1P03,H);

“(...) as mesmas características para pedir umas análises ao meu médico de família, mas um, nem toda a gente tem acesso a médico de família assim tão facilmente (...)” (G1P06,M);

“(...) e não quero ir ao meu médico, quero de uma forma rápida, vou a uma farmácia procurar saber (...)” (G1P02,M);

“Os resultados são obtidos de forma rápida (...) não ter que marcar, não ter que contactar para fazer um agendamento de quando é que vou realizar este serviço. (...)” (G1P05,M);

“(...) e os tempos de espera... (...), inclusive, (...) centros em que têm um horário específico de atendimento só para isso, (...) e os tempos de espera ainda são consideráveis, (...)” (G1P01,M).

Segundo os farmacêuticos, a proximidade é um fator que facilita a procura dos testes nas farmácias:

“Eu acho que é mais cómodo prás pessoas, (...) temos outra localização (...) dantes fazia-se mais no hospital, em algumas IPSSs e acho que um ambiente diferente na farmácia, que leva às pessoas a estarem mais à vontade.” (G3P14,H);

“(...) penso que a proximidade com os utentes que nós temos, (...) e o à vontade com que (...) trabalhamos com eles e fazemos os testes os deixa mais recetivos (...)” (G3P11,M).

A questão da confidencialidade/anonimato parece também ser tida em conta na escolha do local de rastreio:

“(...) quando entram para fazer o teste do HIV por exemplo, (...) ninguém sabe que ele vai fazer o teste do HIV e isso facilita eles irem fazer o teste na farmácia porque (...) há uma carga que não sentem na farmácia, porque eles podem medir também o colesterol, a glicémia ou medir a tensão. (...)” (G2P07,M).

O facto de a farmácia ser um serviço de saúde e muitas vezes a porta de entrada para o sistema de saúde foi apontado como um facilitador, assim como o facto dos testes serem gratuitos:

“(...) sendo as farmácias aqui um, no fundo (...) um serviço de saúde, (...) e sendo muitas vezes a primeira linha, e como nós costumamos dizer muitas vezes a porta, porta de entrada (...)” (G1P01,M);

“(...) para pelo menos uma primeira resposta, fazer o teste.” / “Pelo menos para apanhar uma franja de pessoas que não têm capacidade económica, (...)” (G1P02,M);

“sim, era grátis..razão que referiam muitas vezes” (G3P12,M).

Foram ainda indicados como fatores facilitadores o horário de funcionamento, o facto de a farmácia ser um contexto inclusivo do ponto de vista social e a facilidade do procedimento dos testes:

“(...) horário alargado, não é? (...) poder ser em horário pós-laboral ou ao sábado... (...) aumenta (...) mais uma vez a questão da acessibilidade (...)” (G1P04,M);

“(...) (estarmos sempre abertos) (...)” / “(...) facilidade do teste () acho que é um bocado por aí.” (G2P08,H);

“(...) e sem qualquer tipo de discriminação do que é que os outros vão dizer, pensar, achar quando olharem para mim quando me virem ali.” / “(...), é sempre menos penoso para a pessoa que se dirige para procurar este serviço em detrimento de outros locais mesmo sabendo que eles existem. (...)” (G1P05,M).

Barreiras à adesão por parte dos utentes

De acordo com a perceção dos farmacêuticos, a principal barreira à adesão aos rastreios no contexto da farmácia prende-se com a questão da proximidade:

“(...) em alguns casos o facto da proximidade e da confiança e de haver (...) uma relação estabelecida com os utentes, em, sobretudo, (...) em meios mais pequenos pode funcionar como um dissuasor (...) por estarem tão inseridas no seu meio.” (G1P06,M);

“(...) eram pessoas que vinham de fora e vinham de longe, (...)” (G2P10,M);

“(...) o facto de não nos conhecerem também os deixa mais à vontade para partilhar, (...) o motivo que os leva lá (...), e para se sentirem mais confortáveis (...) com o resultado, (...)” (G3P11,M).

O estigma associado às infeções do VIH, VHB e VHC, transversal a todos os contextos e não em particular ao contexto da farmácia, foi referido como obstáculo à adesão aos testes e à referenciação na farmácia:

“(...) há sempre algum estigma quando as pessoas se dirigem para fazer este tipo de testes (...)” / (sobre a referenciação) “(...) acho que isso também está muito relacionado com a própria discriminação que ainda existe relacionada com, com a própria doença, (...)” (G1P05,M).

Segundo os participantes, o modo como está desenhado o processo de referenciação também pode constituir uma barreira para os utentes, nomeadamente para as populações migrantes:

“(...) é capaz de quebrar alguma confiança até com a pessoa, (...) não se sente à vontade para, para viajar no sistema (...) provavelmente isto afeta ainda mais aqueles que, que até já são, são mais vulneráveis, aqueles mais estruturados ou mais literados (...) provavelmente conseguem fazê-lo e seguem a sua vida normal. Agora, um emigrante, com dificuldades de linguagem, etcetera, (...) devia haver uma ligação mais... (...) [efetiva].” (G1P03,H).

5.2.2.2 Perspetiva dos farmacêuticos

Opinião sobre a realização de rastreios

Este tema surgiu apenas no piloto quando os participantes foram questionados acerca da importância da realização dos rastreios em estudo especificamente nas farmácias. De acordo com a sua opinião, o contexto da farmácia reúne as condições necessárias para a realização deste serviço e desempenha um papel de consciencialização para os vírus em questão, o que revela reconhecerem relevância ao projeto:

“(...) acho que existem os dois mundos e a farmácia responde a isso” (G1P03,H);

“(...) uma função também aqui um bocadinho de awareness, criar awareness junto da população para estas patologias, infeções (...)” (G1P05,M)

“Sim, eu acho que é importante (...) faz todo o sentido ser o farmacêutico, neste caso, especificamente, dentro da farmácia, o farmacêutico a fazer este tipo de, de testes ou de ações.” (G1P01,M).

Aspetos mais valorizados no procedimento

Nesta categoria, à exceção do último grupo focal em que a etapa do procedimento mais mencionada foi a comunicação dos resultados dos testes, observa-se que nos restantes grupos focais foi dado maior enfoque ao aconselhamento pré-teste, seguido da comunicação dos resultados dos testes e, por fim, o aconselhamento pós-teste. Os resultados destas subcategorias serão apresentados de seguida com maior detalhe.

- Aconselhamento Pré-teste

No que tange o aconselhamento pré-teste, vários farmacêuticos destacaram a relevância desta etapa:

“(...) acho que sim, o pré-teste é importante) () o antes, o durante, o após... Estava aqui a::, a pensar em casos reativos que tivemos e que (foi) fundamental, (...) mas mesmo os não reativos, (...) também temos um papel fundamental (...) é fundamental () ter (...), esse (serviço).” (G2P10,M).

A explicação sobre o processo após os resultados foi muito valorizada pelos participantes, sobretudo quanto à possibilidade de resultado positivo, enaltecendo a importância da continuidade da cascata de cuidados:

“(...) e depois quais são as possibilidades de acordo com o resultado do teste, se é reativo, se não é reativo, (...)” (G1P04,M);

“(...) num caso reativo depois como é que é encaminhado e como é que se estrutura isto mais para o tratamento e para o encaminhamento para o sistema de saúde.” (G1P06,M)

“(...) evitar ao máximo que a pessoa fique com o resultado e não vá a lado nenhum, que isso é aquilo que nós não queremos. (...)” (G1P02,M).

Os farmacêuticos revelaram também preocupação em tranquilizar previamente o utente:

“(...) o meu foco é muito de não, de não existir um drama independentemente do resultado. (...) pode querer indicar alguma coisa ou não, (...), e estarmos a conhecer agora, bom para se poder tomar ações, até porque este tipo de doenças ou de infeções não são o que eram há dez, há quinze ou há vinte ou há trinta anos. (...) é muito de passar esta mensagem de, de, tranquilidade quando ela não existe do outro lado...” (G1P03,H).

A abordagem dos possíveis resultados do teste foi também referida pelos profissionais como um dos aspetos que têm em conta no aconselhamento pré-teste:

“(...) os possíveis resultados, a interpretação desses resultados... (...)” (G1P06,M).

Além de transmitirem os tópicos anteriores, os farmacêuticos procuram esclarecer o utente sobre o modo como se processa o rastreio e explicam a existência do período de janela que deve ser cumprido:

“(...) explicar o que vai ser feito (...)” (G1P04,M);

“(...) explicar o teste em si (...)”. (G1P06,M);

“(...) Muitas vezes não respeitam os 90 dias, por isso temos de estar muito atentos ao período janela e indicar às pessoas que há um período janela grande e se tiveram o comportamento de risco há pouco tempo, não será o mais indicado (...)” (G3P14,H).

O discurso dos farmacêuticos revelou ainda que as mensagens que transmitem no aconselhamento pré-teste são personalizadas de acordo com as necessidades do utente:

“(...) uma das coisas que eu gosto de tentar perceber quando um utente me pede para fazer esse tipo de serviço é perceber, no fundo, primeiro, se é a primeira vez que ele faz o teste (...) também é importante perceber porque é que ele quer fazer o teste, (...) e depois a explicação também vai fazer um bocadinho a ponte para depois o aconselhamento pós-teste. (...)” (G1P05,M).

- Aconselhamento Pós-teste

Relativamente ao aconselhamento pós-teste, verificou-se um enfoque na necessidade de reforçar quais são os comportamentos de risco e como podem ser evitados, relembrando também a necessidade de cumprir o período de janela:

“(...) (a voltar) a falar dos (...), atividades de risco e, como, como evitar... (...)” (G2P10,M);

“(...) aproveitando para dar conselhos sobre os comportamentos da pessoa, sobre: a necessidade de repetir ou não passado algum tempo consoante haja período de janela ou não... (...)” (G2P09,M).

Nesta etapa de aconselhamento, os farmacêuticos demonstram também preocupar-se com o encaminhamento/referenciação do utente para outros cuidados de saúde em caso de resultado positivo:

“(...) é zelar um bocadinho pela motivação a que a pessoa, (...) deve ter, de, procurar a resposta correta no sistema de saúde, ou seja, um resultado positivo há uma referenciação que deve ser feita, há um caminho que tem de ser percorrido, que DEVE ser percorrido. (...)” (G1P02,M);

“(...) quanto mais cedo (...), fizemos essa ponte para os cuidados de saúde, não é? (...) Desmistificar que o VIH e a hepatite não é, não são doenças como eram há uns anos atrás, existe tratamento, o tratamento é seguro, tem poucos efeitos secundários, as pessoas vivem com qualidade de vida...” (G1P05,M).

Segundo os participantes, a informação que transmitem no aconselhamento pós-teste é adaptada às preocupações de quem procura o teste:

“(...) uma série de mensagens que mediante as preocupações da pessoa com o obter o resultado final reativo também nos podem ajudar depois a, a fazer o aconselhamento pós-teste o mais adequado à pessoa que temos à nossa frente.” (G1P05,M).

- Comunicação dos resultados

Quando questionados sobre a comunicação dos resultados, os participantes partilharam sobretudo as suas experiências relativas a casos reativos. Alguns

farmacêuticos já tinham detetado casos positivos, enquanto que outros relataram nunca ter tido:

“um HIV positivo e dois HBV positivos, um utente já faleceu e outra fez tratamento e recuperou” (G3P12,M);

“Não tivemos positivos” (G3P15,M).

Relativamente aos casos positivos, os farmacêuticos descreveram ainda o comportamento dos utentes face à informação do resultado obtido:

“(...) as pessoas ficam completamente desorientadas, (...)” / “(...) ficam em pânico (...)” (G2P10,M);

“(...) a jovem estava apática, vinha toda sorridente como se nada fosse, não sei se era choque se falta de informação... (...)” (G3P12,M).

O modo como transmitem a informação dos resultados ao utente é também tido em conta pelos participantes:

“(...) é passar também, (...) uma mensagem de tranquilidade e que existe uma solução, (...)” (G1P05,M);

“(...) Tento sempre que não saia daqui (sem ir lá outra vez), com (outra) tranquilidade. (...) tento ser (clara) ()” (G2P09,M).

Recetividade à referenciação

As opiniões dos farmacêuticos dividem-se no que respeita a recetividade à referenciação.

Alguns farmacêuticos indicaram ter tido uma baixa recetividade, denotando maior dificuldade em referenciar casos positivos de infeção por VIH do que dos vírus das hepatites:

“(Não tem sido assim muito fácil de fazer), há alguma resistência. (...) a tal resistência a referenciar. (...) podemos fazer, mas não foi assim um grande, não aderiu ()” (G2P08,H);

“(...) um dos casos não quis, quis ser a pessoa a ir lá ao hospital, (...)” (G2P10,M);

“(...) não consegui com uma jovem de 19 anos e foi muito frustrante”. (G3P12,M)

“(...) no caso dum resultado reativo para infeção por VIH, (...) as pessoas geralmente ainda têm alguma tendência para precisarem digerir a informação sozinhas e pensar sobre o que é que vai ser o passo seguinte. (...) é mais difícil.” (G1P05,M).

Alguns farmacêuticos indicaram, no entanto, ter tido uma recetividade positiva quanto ao apoio aos utentes na referenciação, evidenciando ser mais fácil em casos positivos de infeção por VHC devido à existência de cura:

“Eu tive um dos casos que foi logo. (...)” (G2P10,M)

“No caso da hepatite C, se calhar uma pessoa tem maior predisposição para aceitar uma referenciação porque até sabe que tem tratamento, (...) vai ter um início e um fim, (...)” (G1P05,M).

Elementos facilitadores para os farmacêuticos

Em termos de operacionalização dos rastreios, os farmacêuticos identificaram como facilitadores o aconselhamento que é feito aos utentes, nomeadamente, no modo como lidam com os resultados dos testes, assim como a formação que lhes foi dada para poderem realizar este serviço e a existência de um protocolo orientador:

“(...) mas também ajudou o facto de antes de ter feito o teste ter explicado qual é que era o passo seguinte. (...)” (G1P05,M)

“Eu sinceramente acho que todo o treino que nós tivemos e aquele esquema faz com que seja um pouco, não vou dizer mais fácil, (...) mas estando com o protocolo (...)” (G3P14,H).

Consideraram ainda como facilitador a relação de proximidade com os utentes, referindo que esta contribui para uma maior receptividade por parte de quem procura os testes:

“(...) se existir alguma relação prévia com a pessoa, (...) conhecem o espaço ou assim, facilita a que qualquer mensagem seja de referênciação, seja de, de passar alguma mensagem (...) será certamente mais fácil. (...)” (G1P03,H).

Elementos que constituem barreiras para os farmacêuticos

No que tange as barreiras sentidas pelos farmacêuticos quanto ao serviço de rastreio das infeções em estudo, o procedimento dos testes foi identificado como o principal desafio. Do ponto de vista técnico, os participantes indicam que o material fornecido é de difícil utilização e revelam necessitar de maior preparação ao nível do apoio psicológico que devem prestar aos utentes, sobretudo na comunicação de resultados positivos:

“(...) O próprio teste, os materiais que nos são fornecidos, as pipetas, especificamente, é muito difícil a recolha do sangue. (...) não sei se por termos pouca prática porque fazemos poucos testes, (...) mas, ao tentarmos recolher a gota de sangue por maior que ela seja e tudo isso, temos sempre dificuldade em recolher a quantidade de sangue necessária. No HIV não tanto, porque é só uma gota, mas nos outros, (...) é preciso mais sangue, (...) e gera-se ali alguma tensão, tanto connosco, (...) tanto os utentes ficam também um pouco nervosos, (...)” / “(...) no caso de haver um teste positivo, (...) a abordagem à pessoa. (...) e se a pessoa ficar nervosa, (...)? (...) às vezes o lidar, isso é que pode ser o mais difícil.” (G3P11,M);

“(...) o problema é sempre depois realmente passar a mensagem. (...) da parte de psicologia que, que temos essa lacuna (...)” (G3P14,H);

“(...) confesso que foi muito complicado comunicar o resultado positivo...(...)” (G3P12,M).

Os farmacêuticos evidenciaram também barreiras relativas ao processo de referenciação:

“O protocolo que existe não é fácil de implementar na prática, ou seja, é muito teórico e muito pouco realista. [Desajustado, mesmo] (...)” (G1P02,M;G1P06,M);

“É uma janela de oportunidade que se pode perder de forma desnecessária, (...). O que acontece hoje é que a farmácia entra em contacto com o SNS24, é feito um contacto entre a farmácia que,

logo de seguida tem de passar para o utente, portanto, (...), logo aí não é muito, muito fácil (...) e que vai culminar não com um agendamento de uma consulta, mas com um horário em que se acorda voltar a ligar ao utente, em que nós já não vamos estar lá, (...) ou regressa à farmácia e inicia-se um processo completamente do zero, (...)” (G1P05,M).

A segunda barreira mais referida concernia o desconhecimento da continuidade do processo do utente após os testes:

“Eu só soube até ao ponto em que foi marcada a consulta, a partir daí perco o contacto do utente.” (G2P10,M);

“(...) conseguimos fazer o passo mais difícil, que foi arranjar forma de os colocar no sistema, e a seguir, o que fazemos (...) é não termos forma de garantir que a pessoa chegou lá. (...) quando um profissional de saúde que é obrigado a um código deontológico deveria, e deveria mesmo, ter a possibilidade de fazer uma referência direta para o sistema de saúde.” (G1P05,M).

As condições logísticas foram também indicadas com o um obstáculo:

“Barreira, diria que as condições que são atualmente exigidas à farmácia para poder realizar (...) este serviço.” (G1P05,M);

“(...) estes testes não são remunerados” (G1P03,H);

“(...) ganhámos muito quando alargámos a mais colaboradores a fazerem estes testes. (...)” (G2P10,M);

“(...) apenas eu e a X realizamos o teste. (...) Portanto, tentamos sempre ter horários desfasados para garantir que a qualquer momento um utente que queira realizar o teste poderá fazê-lo. (...) uma vez, penso que na altura de férias, (...) o utente ter que regressar porque não estava nenhuma de nós na farmácia (...)” (G3P11,M).

O tempo despendido com os rastreios foi outra das barreiras mencionadas, tendo dado particular ênfase à etapa da referênciação:

“(...) demoram imenso tempo... (...) será que eu, tendo a farmácia cheia, tenho a mesma disponibilidade para fazer um teste ou (...) será que lhe proponho o teste, tendo em conta que vou ter de estar meia-hora com a pessoa (...)” (G1P03,H);

“(...) o processo, a referênciação funciona, mas as pessoas não querem ficar sete dias à espera que lhe digam alguma coisa (...)” (G2P10,M);

“(...) é um período de espera que também gera ali ainda mais ansiedade”. (G1P05,M).

A disponibilidade de outros testes, nomeadamente, o autoteste, parece também constituir um desafio:

“(...) quando::; foi comercializado o teste rápido (...), nós baixámos imenso os testes. (...)” (G2P10,M);

“(...) confesso que não ficámos muito contentes quando vimos esses testes rápidos, () (risos dos participantes) (...) levou um tempo até chegarmos nós nas farmácias a fazer os testes (tão rápidos nas farmácias), agora qualquer um consegue fazer, (...)” (G2P08,M);

“(...) São referenciados, não são referenciados, percebem aquilo que está a acontecer, não percebem... (...) o teste rápido vai (...) anular (...) essa (mais-valia) (...) que eles têm (quando vêm fazer o teste).” (G2P07,M).

5.2.2.3 Implementação do projeto

Operacionalização dos rastreios nas farmácias

Alguns farmacêuticos partilharam nas sessões o modo como estes rastreios foram introduzidos no contexto das suas farmácias, bem como as alterações necessárias na dinâmica interna das mesmas, revelando preocupação quanto ao horário disponibilizado e a garantia da confidencialidade:

“(...) sou só eu a fazer, e defini também um horário (...) (mais alargado possível). (...)” (G2P09,M);

“a equipa foi avisada que quando a porta fosse fechada não podiam interromper (...)” (G3P12,M);

“(...) os utentes que querem fazer este tipo de testes, vão connosco lá abaixo, que também é o mesmo gabinete onde damos os injetáveis, portanto, ninguém fica exposto, (...) quem estiver lá não percebe o que é que a pessoa vai fazer, (...) a confidencialidade aí mantém-se, (...)” (G3P511,M).

Os relatos dos participantes sugerem um balanço positivo da implementação do projeto e revelam que estes se sentem preparados para aplicar os testes:

“(...) Também tem corrido bem (...)” (G2P09,M); *“(...) foi fácil (...)”*. (G3P12,M);

“(...) a competência técnica (...) eu penso que nós temos, a formação que nos foi dada, (...)” (G3P11,M);

“Eu acho que em termos técnicos (...) conseguimos, (...)”. (G3P14,H).

Fatores condicionantes da implementação do projeto

Além das barreiras que se colocam para os utentes e farmacêuticos, o sucesso do projeto pode ser comprometido por outros fatores que foram também abordados nas sessões.

O tema mais frequente nesta categoria dizia respeito aos custos/financiamento dos testes:

“Estamos a falar do plano nacional de avaliação externa da qualidade, (...) formação, (...) tempo. (...) isto tudo pesa na (...) logística (...) do estudo, e dos testes, e das lancetas e dos contentores... (...) que são custos pra farmácia isoladamente elevados e ela pondera se lhe interessa ou não entrar nisto... (...)” (G1P02,M).

Os participantes referiram também a sobreutilização dos rastreios e a necessidade de assegurar condições de sustentabilidade do projeto:

“(...) não terá de ser racionado, mas racionalizado este acesso.” (G1P06,M);

“(...) o que vejo é muitos testes e não tem testes reativos, isso são boas notícias (risos de outros participantes), mas ao mesmo tempo também penso “bem, se calhar estou aqui com alguns consumos excessivos, pessoas que já só fazem porque, ah, estou aqui na farmácia, vou fazer” (...)” / “(...) mas obviamente temos de garantir que a farmácia é sustentável (...) há muitos padrões que também não querem que as pessoas estejam a trabalhar nisto [...] em vez de estarem a fazer outras coisas...” / “(...) quando há farmácias posicionadas em determinados meios. (...) determinadas zonas de consumos de drogas ou assim, que podem ter mais dificuldade

relativamente a esse tipo de serviço (...) temos de equacionar que há farmácias em que as circunstâncias delas, isso não é bom, não atrai, não, não lhes facilita a vida (...). (G1P03,H).

A motivação dos farmacêuticos foi um tema transversal a todos os grupos focais:

“(...) Colocar um cartaz só por si é muito bom, mas o, o trabalho que a própria, e a dinâmica que a equipa faz, (...) permite dinamizar.” (G1P02,H);

“(...) também é bom até com (formação, para o desenvolvimento profissional).” (G2P08,M);

“É um desafio. (...) Temos as armas todas para correr bem.” (G2P09,M);

“(...) é mais uma, uma forma de podermos ajudar outros grupos (...) de pessoas que precisam de ajuda e que às vezes não sabem onde ir, ou não têm informação... (...)” (G3P11,M).

Os profissionais salientaram também como fatores a ter em conta a divulgação dos rastreios e as desigualdades no acesso entre os meios rurais e urbanos:

“(...) não existe ainda muita iniciativa de dimensão nacional que faça com que haja um movimento de afluência às farmácias (...)” (G1P03,H);

“(...) o acesso efetivo ao teste. (...) Há uma grande diferença entre os meios mais urbanos como Lisboa, onde qualquer coisa que vamos, encontramos isso e num meio mais pequeno, (...) onde isso já não é tão evidente, (...) não sei onde é que se faz um teste, talvez no centro de saúde e não estou certo. (...)” (G1P03,H).

Foi ainda referida a questão da efetividade dos testes:

“(...) a questão mais da literatura, e do que nos vão dizendo e o custo-efetividade dos testes, (...)” (G1P03,H).

5.2.2.4 Sugestões

- Sugestões para a eliminação de barreiras

Os participantes dos grupos focais apresentaram sugestões para a eliminação das barreiras existentes relacionadas com a referenciação e o financiamento dos rastreios:

“(...) a partir do momento em que a pessoa aceita ser referenciada com a ajuda do farmacêutico, devia de ser referenciada, ponto. (...) logo naquele momento, o farmacêutico dizer onde é que tem de se dirigir... (...)”/“Fechar o ciclo, pelo menos dizer “vai àquele sítio, estão à sua espera.” (G1P02,M);

“Esse serviço devia estar financiado de base e nós aí fazíamos-lo sempre, caso contrário, teríamos de optar por, por outros modelos, porque acredito que se esteja a perder o potencial nisto. (...)” (G1P03,H).

Foi ainda sugerido o reforço da formação dos farmacêuticos para facilitar a preparação dos farmacêuticos na comunicação dos resultados, bem como a possibilidade de jovens com idade inferior a 18 anos realizarem os testes:

“(...) embora às vezes ser sempre bom reforçar as ideias, fazer novas formações, para rever conceitos e tudo isso (...)” (G3P11,M);

“aqui coloca-se a questão da minoridade” (G3P12,M).

- Sugestões para aumentar a adesão aos rastreios

Foram também apresentadas sugestões com o objetivo de aumentar a adesão aos rastreios no contexto das farmácias.

No que tange este tópico, as sugestões dos farmacêuticos incidiram sobretudo no reforço da divulgação do projeto:

“(...) Falta ainda mais divulgação. (...)” (G1P01,M);

“(...) para isto ser realmente efetivo, (...) uma campanha de televisão, uma campanha nacional sobre “vamos erradicar” ou o que queiramos chamar o VIH, o VHB e o VHC em Portugal... uma grande campanha nacional (...) teria muita força, seria ótimo (...)” (G1P03,H);

“(...) Lembrar que na farmácia também já temos esse serviço. (...)” (G2P08,H).

Os profissionais sugeriram também a apresentação das vantagens dos rastreios:

“Mostrar as vantagens, não é? De uma deteção precoce.” (G1P04,M);

“(...) deixando claro que podem vir fazer os testes, que é gratuito, os farmacêuticos estão lá para realizar estes testes e ajudar.” (G3P11,M).

Foi ainda sugerida e realçada a importância deste serviço se encontrar próximo da comunidade, de se identificarem os grupos com menor acesso e de se alargar o projeto a mais farmácias:

“(Estejam perto). (...)” (G2P08,H);

“(...) identificando claramente quais são os grupos que não têm se calhar tido tanto acesso ou não têm procurado tanto estes testes mas que o deviam fazer, (...) identificá-los bem e tentar chegar a eles de alguma forma mais direta, (...)” (G3P11,M);

“(...) (Aumentar no país).” (G2P08,M).

5.2.2.5 Rastreios em período de pandemia

Tendo em consideração o atual período pandémico, os farmacêuticos referiram ainda de que modo a situação interferiu com o decurso do projeto:

“(...) Nesta altura da pandemia não fazemos, (o último que fizemos foi em janeiro), (...)” / “Nós não fazíamos qualquer tipo de serviços, portanto, (o teste demora a fazer). Tivemos dois telefonemas a perguntar se se fazíamos, recusámos, (...) por outro lado (há que ver o lado da farmácia, é opção nossa). Nós tivemos momentos em que não entrava ninguém na farmácia, (...)” (G2P10,M);

“(...) só tivemos um pedido durante o estado de emergência” (G3P12,M).

6. Discussão

A implementação de testes rápidos *point-of-care* para detecção de VIH, VHB e VHC no contexto das farmácias comunitárias constitui uma nova realidade no panorama nacional, não tendo ainda sido caracterizados os utentes que procuram esse serviço e identificados os fatores facilitadores e barreiras desse contexto. Como tal, este trabalho de investigação procurou colmatar essa lacuna através da perceção e experiência dos farmacêuticos e das respostas fornecidas pelos utentes no questionário associado aos rastreios. Ao longo deste capítulo serão discutidos conjuntamente os resultados das componentes qualitativa e quantitativa deste estudo, uma vez que estes se complementam.

Caracterização dos utentes

No que diz respeito à caracterização dos utentes que realizam os testes em farmácias, relativamente à variável sexo, verifica-se uma maior procura por parte de homens (63,8%). Estes resultados são semelhantes aos que foram encontrados noutros estudos^{122,125,143}, diferindo, no entanto, do que foi observado por Darin *et al.* e Amesty *et al.*^{126,129}. As diferenças com o presente trabalho poderão ser explicadas pelo tamanho reduzido da amostra desses estudos. É de notar que na generalidade dos contextos onde são disponibilizados estes testes, parece existir uma maior adesão por parte de mulheres, apesar dos homens registarem um maior número de casos positivos¹⁰⁵.

Quanto à idade, os questionários revelaram que os valores não divergem substancialmente entre as diversas faixas etárias, o que foi também referido por alguns farmacêuticos nos grupos focais. No entanto, os dados quantitativos mostram que os utentes mais jovens (15-19 anos), assim como os mais velhos (50-59 anos e 60+ anos) apresentam valores de adesão inferiores aos das restantes faixas etárias, tendo-se registado uma média de idades de 35 anos, semelhante à de Gorostiza *et al.*¹²⁵ e dentro dos valores indicados por outros autores^{122,126}. Estes resultados estão em concordância com os testemunhos de alguns farmacêuticos que indicaram prestar este serviço sobretudo a pessoas com idades entre “os vinte e os trintas”. Nos grupos focais, os participantes destacaram inclusive que os jovens com idade inferior a 18 anos, por não serem abrangidos pelo projeto, e a população mais idosa, por aderir menos, constituem dois grupos que também apresentam vários comportamentos de risco e como tal podem necessitar de maior enfoque. É de notar que os estudos diferem quanto aos critérios de inclusão referentes à idade, mas os critérios do projeto em análise foram adotados em projetos semelhantes^{126,129,144}.

Verificou-se que a maioria dos utentes eram nativos, no entanto, a proporção de pessoas nascidas no estrangeiro (22,8%) foi superior à de outros estudos, o que sugere que os testes na farmácia melhoraram o acesso para esta população^{122,129}. Os farmacêuticos realçaram os migrantes como um dos grupos que mais adere aos testes pelo facto de encontrarem na farmácia um acesso mais fácil aos cuidados de saúde e por conhecerem melhor este contexto, o que poderá explicar essas diferenças.

Depois dos portugueses, os utentes provenientes da América foram quem mais procurou este serviço, correspondendo a totalidade desses migrantes a indivíduos de origem brasileira. Os farmacêuticos destacaram os utentes dessa nacionalidade e justificam a sua afluência aos testes pelo facto dessa comunidade estar muito presente na região onde o projeto se encontra implementado e de nesse país existir já um hábito de rastreio por parte dos grupos em maior risco de infeção, nomeadamente homossexuais. Esta explicação é corroborada pela literatura, que indica o Brasil como um dos poucos países que podem vir a alcançar a meta de 2030 devido aos seus programas de sucesso no combate destas infeções⁶².

Verificou-se ainda que a naturalidade se encontrava associada de forma significativa com o sexo dos utentes. A proporção de portugueses e pessoas provenientes de outros países europeus revelou ser superior nos homens, enquanto que a percentagem de utentes de naturalidade africana e americana parece ser superior nas mulheres. Estes resultados poderão estar relacionados com fatores culturais, nomeadamente um maior estigma associado ao sexo masculino, bem como com o facto de os homens tendencialmente acederem menos aos serviços de saúde¹⁰⁵.

Relativamente ao nível de escolaridade, 93,8% dos utentes tinham concluído pelo menos o nível de Ensino Secundário/Equivalente, valor semelhante ao encontrado por outros autores^{126,129,131} e que poderá indicar a existência de barreiras para quem apresenta menor escolaridade.

No que concerne a escolha de testes a realizar, observou-se que uma maior proporção de utentes efetuou os testes para VIH e VHC (36,2%) ou apenas para o VIH (34,8%). Estes resultados coincidem com a evidência de que a disponibilização conjunta de vários testes contribui para o aumento da adesão ao teste de VIH¹⁴³. O contrário foi verificado por Geretti *et al.*, que indicaram haver uma menor adesão ao teste de VHC quando disponibilizado conjuntamente com o teste de VIH, o que foi explicado pelo estigma associado à infeção por este vírus¹⁴⁵. É de notar, no entanto, que esse estudo foi desenvolvido num contexto diferente do das farmácias e segundo uma abordagem *opt-out*.

A realização dos três testes rápidos foi também uma das escolhas mais frequentes dos utentes (22,9%), enquanto que somente 1,5% dos utentes optou por realizar um dos testes para as hepatites virais ou ambos. Tais resultados vão ao encontro de um outro estudo que avaliou a aceitabilidade dos testes de VHB e VHC em farmácias e serviços de emergência¹⁴⁶. Segundo este, a maioria dos participantes dispostos a efetuar os testes para os vírus das hepatites preferiam ser também testados para o VIH do que realizar apenas os testes para o VHB e VHC.

Relativamente à menor procura do teste de VHB, a literatura indica que a infeção por este vírus é negligenciada em comparação com o VIH e o VHC, o que poderá explicar os valores encontrados⁸⁹. A menor proporção de testes realizados poderá também dever-se ao facto deste teste ter sido disponibilizado mais tarde nas farmácias e existirem utentes que ainda desconhecem a possibilidade de o fazerem.

Em relação ao resultado dos rastreios, verificou-se que a maioria dos utentes que realizaram o teste de VIH e/ou de VHB obtiveram um resultado não reativo mas ainda se encontravam a cumprir o período de janela, enquanto que a maioria dos utentes que realizaram o teste de VHC obtiveram um resultado negativo mas já tinham cumprido o período de janela. Estas diferenças não revelaram, no entanto, qualquer associação significativa com outras variáveis constantes no questionário.

Durante o período em análise foi registado apenas um caso reativo de VIH. A prevalência de VIH no presente estudo foi de 0,48%, semelhante à registada a nível nacional em 2018 (0,50%)⁴. Contudo, esta não representa a prevalência total dessa infeção no contexto da farmácia uma vez que não foram incluídos neste trabalho os utentes que realizaram os testes mas não responderam ao questionário, pelo que deve ter-se em conta um possível viés de seleção.

Verificou-se que as percentagens de testes de VIH e de testes de VHC realizados pela primeira vez foram elevadas, sendo que no caso do teste de VHB a maioria dos utentes indicou não ter feito esse teste anteriormente. Estes resultados podem sugerir uma melhoria no acesso para algumas subpopulações dada a multiplicidade de locais de rastreio disponíveis, indicando também que a farmácia, em comparação com outras estruturas, é um contexto atrativo para os utentes que nunca foram testados, à semelhança do que já foi descrito¹²⁶. É de denotar que o resultado encontrado para o VIH foi semelhante ao de Darin *et al.*¹²⁶, contudo, os valores do teste de VIH e VHC diferem dos reportados por outros autores, cuja maioria dos utentes nunca tinha feito esses testes^{122,125,127}.

A análise estatística indicou também uma relação significativa entre a idade e a realização do teste de VIH pela primeira vez, revelando que a maioria dos utentes das faixas etárias mais jovens (15-19 anos e 20-24 anos) fez o teste pela primeira vez, contrariamente à maioria dos utentes das restantes faixas etárias.

No que concerne a realização dos testes pela primeira vez, foram ainda verificadas associações significativas entre o teste de VIH e os testes de VHC e VHB. Observa-se que os utentes que realizaram o teste de VIH pela primeira vez também não indicaram a realização prévia de testes para as hepatites virais, sendo a proporção mais notória para o VHB do que para o VHC. Por seu turno, a maioria dos utentes que já tinha efetuado o teste de VIH também já tinha efetuado os testes para as hepatites virais, mas o teste de VHC apresentou uma proporção inferior à do teste de VHB. Estas observações podem sugerir que a realização do teste de VHB é mais frequente em contextos ou situações em que o teste de VIH também é disponibilizado, como por exemplo consultas pré-natais¹⁴⁷, enquanto que a realização do teste de VHC ocorre de forma mais independente da oferta desse teste.

A maioria dos utentes que realizaram testes anteriormente fizeram o último rastreio de VIH e VHC nos últimos 12 meses. Estes resultados parecem sugerir que os utilizadores deste serviço têm comportamentos de risco frequentes e/ou podem também recorrer à farmácia para efetuar testes confirmatórios, como indicaram cinco utentes na opção de outro motivo para a realização dos testes. A evidência disponível apoia estes resultados na medida em que as farmácias demonstraram ser uma opção útil para a realização de testes confirmatórios¹²². Valores diferentes foram encontrados num outro estudo, segundo o qual a maioria dos utentes realizou o teste de VIH pela primeira vez e de entre os participantes que realizaram testes anteriormente, uma maior proporção indicou tê-lo feito há mais de 12 meses face àqueles que realizaram no último ano¹²².

Contrariamente às outras infeções, a maioria dos utentes que indicou ter realizado o teste de VHB antes, revelou tê-lo feito há mais de 12 meses.

Nenhum dos utentes que realizou estes testes anteriormente revelou ter tido resultados precedentes positivos, embora algumas pessoas não soubessem o resultado anterior.

Em relação ao meio através do qual os utentes tiveram conhecimento dos rastreios, os farmacêuticos destacaram as redes sociais/internet, como o Facebook, e a farmácia, através de cartazes e folhetos. A comunicação social e a divulgação local por parte da Câmara e de associações também foram meios de divulgação referidos, sendo o passa-palavra o menos comum segundo os participantes. Estas informações

não são muito exploradas, mas os meios de informação mencionados pelos farmacêuticos vão ao encontro dos que foram utilizados em Espanha¹²². O estudo de Dong *et al.* indicou que o método mais eficaz de atrair os utentes foi através de voluntários que distribuíam folhetos na rua e incentivavam os transeuntes a realizar o teste, realçando no entanto que este método implica mais recursos¹²⁷.

No que tange a recetividade aos rastreios, alguns profissionais relataram uma recetividade positiva por parte dos utentes e efetuaram vários testes, enquanto outros relataram uma baixa adesão e notaram uma redução da mesma no decorrer do projeto. A diferença entre estabelecimentos foi também observada por outros autores e pode ser justificada pelo contexto do local em que se encontram inseridos^{122,126}.

Relativamente aos motivos indicados pelos utentes para a realização do(s) teste(s), os dados do questionário revelaram que as principais razões apresentadas incidiram em “Relação sexual desprotegida”, “Mudança de parceiro sexual”, “Nunca ter feito o teste” e “Preciso de demonstrar que não estou infetado”. Por seu turno, o motivo “Relação sexual no contexto de utilização de drogas de uso recreativo (*Chemsex, party ‘n’ play*, etc.)” não foi indicado por nenhum utente, assim como a “Partilha de material de injeção”, tendo este motivo tido um resultado semelhante no estudo de Gorostiza *et al.*¹²⁵. Estes resultados são reforçados pelos testemunhos dos farmacêuticos, que destacaram como motivos para os utentes realizarem os testes os comportamentos de risco, entre os quais as relações sexuais desprotegidas, a dúvida, na qual referiram a mudança de parceiro sexual, e a curiosidade de fazer os testes, decorrente do facto de nunca terem sido rastreados. Comportamentos como a realização de tatuagens, a utilização de drogas e relações sexuais desprotegidas foram reportados noutros estudos em proporções superiores^{126,127,129,148}.

Foi observada uma associação significativa entre a realização do teste de VHC e a indicação do motivo “Nunca ter feito o teste”. Apesar de a maioria dos utentes que fizeram o teste de VHC não ter assinalado essa razão, face aos outros testes disponíveis, uma maior proporção de pessoas indicou tê-lo feito por não ter sido testado anteriormente, o que reforça uma vez mais a capacidade da farmácia alcançar pessoas que nunca foram testadas e constituir mais uma possibilidade de rastreio¹²⁶.

Verificou-se também uma associação significativa entre a idade dos utentes e o motivo “Nunca ter feito o teste”, tendo essa razão sido assinalada por uma proporção de indivíduos das duas classes etárias mais jovens e da classe mais idosa superior às restantes. A literatura indica que na população idosa estas infeções são diagnosticadas tardiamente já no estadio crónico devido a fatores como a baixa realização de rastreios,

falta de conhecimento sobre os comportamentos de risco e confusão dos sintomas destas infeções com outros decorrentes da idade¹⁴⁹. Contudo, é importante ter em conta esta faixa etária, uma vez que também apresenta comportamentos de risco como as relações sexuais desprotegidas.

Foi ainda encontrada uma associação significativa entre a idade dos utentes e o motivo “Relação sexual desprotegida”, verificando-se que de modo geral, a maioria das faixas etárias mais jovens assinalou este motivo, enquanto que o mesmo não foi observado nas restantes faixas etárias. Esta associação poderá estar relacionada com o facto de as faixas etárias mais jovens terem mais comportamentos de risco⁴⁵.

Quanto à opção de resposta “Outro”, as alternativas mais frequentes dadas pelos utentes foram “Situação que pode levar a infeção”, que vai ao encontro do tema dos comportamentos de risco muito referido pelos farmacêuticos, e “Confirmação de resultado negativo”. À semelhança dos resultados dos questionários, nos grupos focais o motivo de risco profissional também foi um dos menos mencionados.

A análise do conjunto de motivos indicados pelos utentes revelou que a maior parte destes assinalou apenas um motivo para a realização do(s) teste(s), porém a percentagem de utentes que assinalou dois ou mais motivos (35,0%) foi superior à encontrada noutro estudo (14,8%)¹²⁷. As pessoas que assinalaram mais do que uma opção de resposta, indicaram mais frequentemente os motivos “Nunca tinha feito o teste” e “Tive relação sexual desprotegida”, “Tive relação sexual desprotegida” e “Mudei de parceiro sexual” ou “Preciso demonstrar que não estou infetado” e “Mudei de parceiro sexual”, o que converge com os principais motivos individuais apresentados.

No que concerne a ocorrência dos comportamentos de risco mais recentes, verificou-se que aconteceram maioritariamente há pelo menos três meses, o que indica que o período de janela já tinha sido cumprido aquando da realização do teste na farmácia. No entanto, estas informações contrariam os resultados dos testes, no qual a maioria obteve resultado negativo, mas ainda se encontrava a cumprir o período de janela. Esta contradição poderá dever-se a viés de memória, uma vez que os utentes poderão não ter a certeza de quando ocorreram esses acontecimentos, tendo-se sobrestimado os resultados obtidos durante o período de janela.

Em relação a experiências de discriminação noutros locais aquando da realização de testes, a maior parte dos utentes negou ter sido alvo da mesma, tendo apenas 0,5% afirmado ter sido discriminado. Estes valores vão ao encontro da baixa importância que os utentes atribuíram ao fator do receio de serem discriminados noutros contextos.

Quanto aos comportamentos de risco, foi observada uma maior proporção de utentes que afirmaram ter tido relações sexuais com pessoas do mesmo sexo (11,7%), o que demonstra uma adesão superior por parte de indivíduos heterossexuais, também verificada na literatura^{125,126}. Esta observação converge com diversos estudos que indicam que a farmácia reúne condições apelativas para os grupos que apresentam maior risco de infeção e para as populações difíceis de alcançar^{122,128,131}, como é o caso dos homens heterossexuais que constituem o grupo com maior número de diagnósticos tardios¹²². Contudo, é de notar que este comportamento pode não ter sido assumido por alguns utentes por receio de estigma¹²². Comportamentos de risco como histórico de ISTs (9,1%), relação sexual com pessoa infetada com VIH/SIDA e/ou hepatite C e/ou hepatite B (5,8%) e pagamento ou recebimento de dinheiro em troca de relações sexuais (4,1%) foram também identificados, não tendo nenhum utente indicado ter utilizado drogas injetáveis nem se identificar como transexual. Estes resultados encontram-se alinhados com os resultados qualitativos na medida em que, segundo os participantes dos grupos focais, as pessoas com alguns comportamentos de risco, nomeadamente os utilizadores de drogas, poderão não procurar os rastreios. De modo geral, os valores referentes aos comportamentos de risco foram inferiores aos de outros estudos^{126,127,129}.

Verificou-se ainda que o comportamento de risco “Relações sexuais com pessoas do mesmo sexo” parece ter uma associação significativa com o sexo dos utentes, tendo sido indicado por uma proporção de homens superior à das mulheres. Este resultado sugere que os homens que têm sexo com homens, um dos grupos com maior prevalência destas infeções, procura o serviço de rastreio na farmácia, como observado por outros autores^{125,126}.

Farmácia enquanto local de rastreio – perspetiva dos utentes e farmacêuticos

No que concerne os fatores da farmácia que influenciaram a escolha deste contexto como ponto de rastreio, a maior parte dos utentes valorizou como extremamente importante o “Reduzido tempo de espera para ser atendido”, a “Privacidade do atendimento” e a “Confiança no aconselhamento e competência do farmacêutico”. Estes resultados parecem indicar que tais fatores constituem os principais facilitadores e diferenciadores da adesão aos rastreios nesse local. Em estudos semelhantes, a rapidez foi também o motivo mais assinalado, enquanto que o anonimato e a confiança na farmácia/farmacêutico registaram menor relevância^{125,126}. No presente estudo, a percepção dos participantes dos grupos focais vai ao encontro das respostas dos utentes, tendo os farmacêuticos destacado como principais

elementos facilitadores o papel do farmacêutico que, pela sua posição privilegiada, tem conhecimento sobre a comunidade, tem a confiança dos utentes e lhe é reconhecida a sua capacidade técnica para desempenhar estes rastreios; a acessibilidade dos testes; a rapidez, associada ao facto de não ser necessário agendamento e o tempo de espera para o atendimento, procedimento e conhecimento dos resultados ser breve; assim como a confidencialidade, relativa às condições da farmácia, aos resultados dos testes e ao anonimato dos utentes. Estes elementos facilitadores foram evidenciados também por outros autores^{122,126-128,143,150}.

Outros fatores enunciados no questionário como o “Horário de funcionamento adequado às minhas necessidades” (88,2%), “Instalações confortáveis” (86,5%), “Localização ou proximidade da farmácia” (79,2%) e “Não ter que dar dados pessoais nem identificar-me” (57,8%) obtiveram maioritariamente uma das classificações de importância superiores (Importante e Extremamente Importante). Estes fatores foram também mencionados noutros estudos^{125,126}. Apesar de não terem abordado o conforto das instalações, os farmacêuticos também referiram como facilitadores o horário adequado às necessidades de quem procura os testes pelo facto de ser alargado, bem como o aspeto da proximidade das farmácias, tanto em termos de localização geográfica como da relação com o utente. Relativamente a este último aspeto, alguns farmacêuticos revelaram que os utentes que mais procuram este serviço não são clientes habituais da farmácia, isto é, são utentes sem relação com o local de rastreio. Esta característica não foi observada noutros estudos, todavia, os farmacêuticos justificaram esse aspeto por considerarem que a proximidade pode comprometer o anonimato dos utentes, o que vai ao encontro da elevada importância que estes atribuíram à privacidade nesse contexto. Deste modo, o fator da proximidade poderá funcionar como barreira e facilitador, dado que alguns profissionais partilharam ter efetuado rastreios a utentes habituais das suas farmácias.

Além dos elementos enunciados no questionário, os farmacêuticos destacaram ainda como facilitadores para os utentes a gratuitidade dos testes, o contexto da farmácia enquanto serviço de saúde que constitui frequentemente o primeiro contacto com o sistema de saúde, o facto de ser um local inclusivo por atender diferentes necessidades e não ser um espaço associado a discriminação, bem como a facilidade do procedimento dos testes, também referidos em inúmeros estudos^{122,124,126}.

Foi verificado que a maior parte dos utentes atribuiu um dos graus de importância inferiores (Nada importante ou Pouco importante) aos fatores “Não conheço outro lugar para fazer o(s) teste(s)”, “Não me sinto à vontade para ir a outros serviços de saúde (tenho medo ou vergonha do que as pessoas vão pensar de mim)” e “Tenho receio de

ser discriminado se fizer teste em outro local”, o que sugere não constituírem elementos diferenciadores para a escolha da farmácia como local de rastreio. A classificação destes dois últimos fatores parece divergir da percepção dos farmacêuticos e da evidência que os apresenta como dois aspetos facilitadores da farmácia¹²⁴. Pela complexidade que apresenta, o modo como se encontra definido o processo de referenciação pode ser também uma barreira à recetividade dos utilizadores deste serviço.

O cruzamento da classificação dos fatores da escolha da farmácia revelou uma correlação forte entre a falta de vontade para ir a outros serviços de saúde e o receio de ser alvo de discriminação noutro local de rastreio. Ambos os fatores obtiveram baixos níveis de importância, o que parece sugerir que apesar da escolha do local de rastreio não depender dessas características, comparativamente a outros locais, a farmácia é mais apelativa.

Quanto aos desafios com que os utentes se deparam, além da questão da proximidade com o farmacêutico já referida atrás, segundo a percepção destes profissionais, o estigma associado às infeções pode constituir um dissuasor à adesão aos testes de rastreio, como sugere a literatura^{145,151}. Pela complexidade que apresenta, o modo como se encontra definido o processo de referenciação pode ser também uma barreira à recetividade dos utilizadores deste serviço. Os farmacêuticos sugerem uma ligação mais direta com os cuidados de saúde responsáveis pela confirmação dos resultados dos testes rápidos, prática que já demonstrou ser bem-sucedida^{126,127}. Mais ainda, a breve confirmação do diagnóstico parece contribuir não só para a efetiva realização dos testes confirmatórios como para uma maior adesão ao tratamento¹⁵².

Já no que concerne a dimensão dos farmacêuticos, estes profissionais consideram que a farmácia apresenta as características necessárias à realização dos rastreios e reconhecem a importância deste serviço enquanto estratégia de consciencialização e combate das infeções por VIH, VHB e VHC, o que se encontra também descrito na literatura¹²⁷⁻¹²⁹.

Em relação ao procedimento de rastreio, os farmacêuticos revelaram dar particular importância às etapas do aconselhamento pré-teste e da comunicação dos resultados, não descorando, no entanto, o aconselhamento pós-teste.

De acordo com os relatos dos profissionais, durante o aconselhamento pré-teste é explicado o procedimento dos rastreios, a interpretação dos resultados e a existência de um período de janela que os pode influenciar, sendo a informação transmitida adaptada às necessidades do utente. Estas observações revelam que os farmacêuticos

seguem as recomendações contempladas na diretriz para a aplicação destes testes¹⁴. Sendo este aconselhamento uma etapa prévia, os farmacêuticos consideram essencial preparar desde logo o utente para os possíveis resultados e o processo que se segue consoante o teste seja reativo ou não reativo. Estes profissionais demonstraram ter em atenção a tranquilidade do utente, de modo a que não entre em pânico se o resultado for positivo e se consciencialize de que as infeções podem ser geridas desde que haja continuidade do processo de cuidados, à semelhança do que sugere a literatura¹⁵³.

Relativamente à etapa de aconselhamento pós-teste, foi destacada a importância de reforçar quais são e como podem ser prevenidos os comportamentos de risco de modo a educar e sensibilizar os utentes para estas infeções, contribuindo assim para uma alteração da sua conduta. Nesta etapa, os farmacêuticos advertem uma vez mais para a existência do período janela e a necessidade de repetir o teste se este não tiver sido cumprido. Outros autores descrevem os mesmos tópicos a abordar nesta etapa^{124,127,131}. Ainda nesta fase dos rastreios, o encaminhamento dos utentes para os cuidados de saúde parece ser uma vez mais reforçado pelos farmacêuticos, que salientam a importância da confirmação dos resultados reativos e do tratamento para a qualidade de vida dos portadores destes vírus. Estas informações estão alinhadas com as que foram transmitidas durante o aconselhamento pós-teste no estudo de Fernández-Balbuena *et al.*, que aponta o conteúdo dessa etapa como um dos motivos para uma maior vinculação aos cuidados de saúde¹²². Verificou-se que nesta fase a mensagem dos farmacêuticos também é ajustada conforme as necessidades do utente.

No que tange a comunicação dos resultados, os farmacêuticos partilharam as suas experiências, tendo alguns afirmado nunca terem detetado casos reativos, enquanto outros indicaram tê-lo feito, chegando a descrever o comportamento dos utentes perante a receção dessa informação. Sendo um momento impactante do ponto de vista psicológico, os profissionais revelam ter em atenção o modo como comunicam os resultados, de modo a tentarem esclarecer e tranquilizar o utente.

Quanto à recetividade da referenciação, etapa opcional do rastreio, as opiniões não são consensuais, havendo farmacêuticos que experienciaram uma boa aceitação por parte dos utentes, enquanto outros referiram o contrário, à semelhança do que se verifica na literatura^{126,127}. Note-se que os farmacêuticos salientaram existir uma menor recetividade à referenciação em casos reativos de VIH comparativamente a casos reativos dos outros testes, explicando esta situação pelo facto dos utentes sentirem uma maior carga psicológica associada a esse vírus. Um dos profissionais indicou ainda ter tido uma recusa por parte de um utente migrante, o que poderá ser explicado pelo receio de deportação e custo do tratamento¹⁵³.

No que diz respeito aos fatores facilitadores relativos à operacionalização dos rastreios, os farmacêuticos destacaram o aconselhamento que é feito aos utentes, por constituir um momento no qual os consciencializam para estas infeções e para o modo como devem atuar em caso reativo, tornando mais fácil a comunicação e gestão do resultado. De facto, foi verificado que o aconselhamento pode diminuir a ansiedade do diagnóstico, é uma oportunidade de desmistificar ideias e educar os utentes sobre a prevenção, diagnóstico, tratamento e qualidade de vida dos portadores destas infeções¹⁵³, o que exalta a importância desta etapa e constitui uma vantagem face ao autoteste¹¹⁵. À semelhança do que foi verificado noutros estudos, os farmacêuticos referiram também que a formação inicial que lhes foi dada e o protocolo pelo qual se podem orientar para desempenhar este serviço facilitam a sua tarefa¹²⁷. Apesar de considerarem que o fator da proximidade com o utente pode constituir uma barreira para este, os farmacêuticos identificaram-no como um facilitador para si próprios uma vez que, havendo uma relação preexistente, todo o procedimento será mais fácil, sobretudo a recetividade à referenciação.

Por seu turno, em termos de barreiras sentidas pelos farmacêuticos, o procedimento dos testes parece ser aquela que mais se destaca. Os profissionais revelaram ter dificuldade na utilização dos materiais que são fornecidos, sobretudo para os testes das hepatites uma vez que é necessária uma maior amostra de sangue. Darin *et al.* apontam a mesma barreira e recomendam o uso de lancetas com diâmetro superior¹²⁶. Ainda relativamente ao procedimento, os farmacêuticos mostraram alguma dificuldade na comunicação dos resultados reativos, sentindo que necessitam de maior preparação, à semelhança do que foi observado por outros autores^{127,144}. A dificuldade em operacionalizar a referenciação para os cuidados de saúde, devido à complexidade do processo, foi também verificada no presente estudo.

Outra das barreiras mais referidas foi o desconhecimento quanto à continuidade do processo do utente após os testes, nomeadamente, se os utentes procederam ao teste confirmatório e aderiram ao tratamento, o que é apontado por alguns autores como uma limitação e um dos aspetos a alterar futuramente^{122,124}.

A nível das condições logísticas, aspetos como a avaliação externa do projeto, a falta de remuneração e a gestão dos horários dos farmacêuticos aptos a realizar os testes foram também percecionados como barreiras, à semelhança do que é referido noutros estudos^{128,133}.

O tempo despendido na realização dos testes foi também uma das barreiras identificadas e que se encontra já descrita na literatura¹²⁷. Os farmacêuticos destacaram,

inclusive, a fase de referenciação como a etapa mais morosa, observação verificada também por Darin *et al.*¹²⁶. Alguns farmacêuticos indicaram ter aplicado poucos rastreios, pelo que com mais experiência possivelmente conseguissem reduzir o tempo empregue nesta etapa, como referem esses autores.

Foi ainda destacada como barreira a disponibilidade de outros testes, nomeadamente, o autoteste para o VIH, uma vez que contribui para uma menor adesão aos testes realizados nas farmácias.

Fatores condicionantes da implementação do projeto

De acordo com o testemunho dos farmacêuticos, apesar da existência de algumas barreiras, a avaliação global do projeto parece ser positiva, considerando-se aptos à realização deste serviço, como foi verificado noutros estudos^{122,127}, e revelando estarem também a implementá-lo segundo as orientações recomendadas¹¹⁷.

A implementação deste tipo de projeto requer condições adequadas e adaptações no funcionamento das farmácias que podem influenciar o seu desempenho a diversos níveis. Relativamente a essa dimensão, os farmacêuticos abordaram o aspeto dos custos que a adesão ao projeto representa para a farmácia, a necessidade de garantir que a implementação do projeto é feita em farmácias que reúnem condições para serem sustentáveis no desempenho dessa tarefa, a garantia da efetividade dos testes, a importância da divulgação dos rastreios para que as pessoas tomem conhecimento da disponibilidade deste serviço, devendo também, já numa perspetiva de alargamento do projeto, ter-se em conta as desigualdades no acesso entre os meios urbanos e rurais, uma vez que a disponibilização deste serviço nas farmácias poderia facilitar a adesão aos testes. Tais fatores foram descritos como condicionantes do sucesso destes rastreios no contexto da farmácia^{126–128,130,133}.

Os farmacêuticos salientaram ainda a importância da motivação dos profissionais que aplicam os testes, também descrita noutros estudos como um dos fatores que pode comprometer este tipo de projeto^{55,127}, revelando estar motivados ao reconhecerem a importância dos rastreios e considerarem este serviço como um enaltecimento e mais-valia para a sua profissão.

Segundo alguns farmacêuticos, a possibilidade de haver atualmente uma sobreutilização dos rastreios decorrente da sua gratuitidade e da sua procura por pessoas que apresentam menor risco de infeção, foi outro dos aspetos mencionados.

Por fim, quando questionados sobre as sugestões quanto à eliminação das barreiras existentes, os participantes reforçaram uma vez mais a necessidade de o

processo de referenciação ser feito diretamente com a estrutura dos cuidados de saúde que irá realizar o teste confirmatório, permitindo o seu agendamento no momento do rastreio, e reforçaram ainda a necessidade de fornecer mais formação aos farmacêuticos em termos de apoio psicológico aos utentes na fase de comunicar os resultados, sugerindo também a extensão dos testes a jovens com menos de 18 anos. O financiamento dos rastreios, barreira indicada por outros autores^{128,133}, foi sugerido por alguns farmacêuticos que consideram ser um incentivo para as farmácias aderirem ao projeto, permitindo que este serviço esteja disponível em mais locais e possa alcançar mais pessoas.

Em termos do aumento da adesão aos rastreios, os farmacêuticos sugerem reforçar-se a divulgação do projeto, dar a conhecer-se as vantagens dos rastreios, identificarem-se os grupos com menor acesso e alargar-se este serviço a mais farmácias de modo a que o acesso também seja facilitado pela sua proximidade.

No que concerne o atual período de pandemia, os farmacêuticos manifestaram-se sobre a influência que teve no decurso do projeto, referindo que tiveram de suspender este serviço apesar de ter havido procura, o que indica que situações adversas diminuem a capacidade de deteção destas infeções, contribuindo para o diagnóstico tardio e o avanço do processo infecciológico.

De modo geral, verificou-se que as características dos utentes que aderiram aos testes de rastreio nas farmácias de Cascais são semelhantes às reportadas noutros projetos internacionais. Segundo o que foi observado, a média de idades dos utentes situa-se nos 35 anos, apresentam um nível de escolaridade igual ou superior ao ensino secundário, têm naturalidade portuguesa, são heterossexuais e realizam os testes sobretudo devido a relações sexuais desprotegidas, a mudança de parceiro sexual e/ou por nunca terem sido testados. É de notar que, contrariamente ao que indica a evidência, os homens foram os principais utilizadores deste serviço. Os comportamentos de risco mais frequentes incidiram nas relações sexuais com pessoas do mesmo sexo e histórico de ISTs. De acordo com os resultados, verifica-se que os utentes com menos de 18 anos, os mais idosos, pessoas socialmente vulneráveis, utilizadores de drogas e pessoas que se identificam como transexuais ainda têm dificuldade em aderir aos testes. No que tange a farmácia, a rapidez, a confidencialidade, a confiança no aconselhamento do farmacêutico, o horário, o conforto das instalações, a localização do estabelecimento e o anonimato foram identificados como facilitadores desse contexto, tendo os primeiros três fatores tido particular importância na escolha do local de rastreio. Por sua vez, a proximidade da farmácia e relação com o farmacêutico, bem como o processo de referenciação foram identificados

como possíveis barreiras para os utentes. O estigma inerente às infeções e não especificamente à farmácia, pode também ser um obstáculo à adesão aos testes. Relativamente à dimensão dos farmacêuticos, a implementação dos testes de rastreio a formação inicial, o protocolo orientador e a relação com o utente foram percecionadas como facilitadores, enquanto que os materiais de testagem, as condições logísticas e o tempo despendido constituem as principais barreiras para esses profissionais. Outras dificuldades apontadas prendem-se com a disponibilidade de autoteste e o desconhecimento da continuidade do processo do utente após o rastreio.

A interpretação destes resultados deve, no entanto, ter em conta algumas limitações do estudo, nomeadamente, o viés de memória relativo à precisão do tempo decorrido desde o último comportamento de risco, que influencia o resultado caso o período de janela não tenha sido cumprido, podendo erradamente induzir o utente a uma sensação de não infeção. Este viés poderá ter resultado numa sub- ou sobrestimação da classificação dos resultados não reativos quanto ao período de janela.

Deve também considerar-se o viés de desejabilidade social relativamente aos motivos que levaram à procura dos testes e aos comportamentos de risco, uma vez que os utentes poderão ter selecionado as respostas que acreditaram ser socialmente aceitáveis ou não ter respondido pelo facto de alguns comportamentos serem estigmatizados.

O facto de terem sido incluídos no estudo apenas os utentes que responderam ao questionário ao invés de todos os utentes que realizaram testes para as infeções em questão pode ter introduzido um viés de seleção, devendo considerar-se possíveis diferenças entre as características dos respondentes e dos não respondentes.

A dimensão da amostra da componente quantitativa poderá também ter influenciado os resultados obtidos na medida em que podem existir grupos sub-representados, o que interfere com a representatividade da população em estudo.

O facto de a componente quantitativa ter utilizado dados secundários e o questionário não aprofundar as barreiras dos utentes, tendo estas sido identificadas segundo a perceção dos farmacêuticos, pode tornar os dados menos rigorosos.

No que concerne a validade interna/credibilidade deste estudo, a transcrição e análise de conteúdo foram revistas pela comoderadora e pela investigadora principal do projeto no qual se integra este trabalho de modo a aumentar a sua validade. Em termos de validade externa/transferibilidade, procedeu-se à caracterização exaustiva da amostra de cada uma das componentes do estudo, fundamentaram-se os resultados obtidos e identificaram-se as suas limitações. Os resultados obtidos podem não ser

representativos na globalidade das farmácias uma vez que Cascais é uma região com elevada prevalência destas infeções, mas poderão ser representativos em locais com características semelhantes.

O facto do presente estudo apresentar um método misto permitiu a triangulação dos dados e consequente atenuação das limitações de cada uma das partes que o compõem, contribuindo para o aumento da sua qualidade e robustez. Embora o estudo apresente algumas limitações, os resultados permitiram identificar os grupos que menos aderem aos testes nas farmácias, barreiras à adesão aos rastreios, bem como desafios que se colocam na implementação deste serviço nesse contexto. Como tal, serão apresentadas nas próximas secções futuras linhas de investigação que complementem o conhecimento adquirido com este trabalho e possíveis intervenções para o melhoramento do projeto.

6.1 Sugestões para investigação futura

Os resultados do presente estudo evidenciam algumas questões interessantes para investigações futuras, que serão desenvolvidas nesta secção.

Segundo o que foi observado, os utentes mais idosos (60+ anos) tendem a aderir menos aos rastreios, à semelhança do que foi verificado na literatura¹²⁶. Tendo em conta que as infeções nesta faixa etária se encontram geralmente em estadios mais avançados devido a deteção tardia e, por isso, apresentam mais complicações associadas¹⁴⁹, considera-se importante aprofundar os fatores da adesão a estes testes nesse grupo de utentes.

Foi também apontado pelos farmacêuticos que os jovens com menos de 18 anos também procuram os testes apesar de não apresentarem os critérios para a sua realização. Considerando que os jovens apresentam múltiplos comportamentos de risco e o diagnóstico precoce permite atuar e controlar as infeções com maior eficácia, evitando a progressão para estadios crónicos, teria interesse reavaliar os critérios de realização dos testes uma vez que estudos semelhantes abrangeram pessoas a partir dos 16 anos^{122,125} e a OMS aconselha o rastreio a grupos em maior risco⁹⁵.

Tendo-se verificado que os valores de adesão por parte de migrantes foram superiores aos de outros estudos e, uma vez que a literatura indica que este grupo apresenta maior dificuldade no acesso aos cuidados de saúde⁴⁵, seria pertinente estudar em maior detalhe nessa população quais os elementos facilitadores e as barreiras da farmácia face a outros locais de rastreio.

Sendo que este estudo não contemplou os dados dos utentes que realizaram pelo menos um dos testes mas não aceitaram responder ao questionário, seria interessante apurar os motivos dessa recusa à semelhança do que foi feito por outros autores^{129,145} e estudar a prevalência das infeções de VIH, VHB e VHC a nível global e por grupos em maior risco de infeção¹²², tendo em conta todos os testes realizados.

Um outro aspeto que merece atenção é a diferença entre a adesão aos testes para os diferentes vírus que não foi explorada ao pormenor neste trabalho e que, pela disparidade nos valores encontrados, revela interesse na sua análise.

Estas linhas de investigação poderão fornecer informações adicionais úteis para o desenvolvimento de estratégias que contribuam para a eliminação das barreiras identificadas neste trabalho e fomentem uma maior adesão aos rastreios em farmácias comunitárias, apresentando-se na próxima secção algumas estratégias com esse propósito que se revelaram efetivas.

6.2 Implicações para a prática

Como referido pelos farmacêuticos, existem algumas barreiras à adesão e aspetos da implementação do projeto que podem ser melhorados. Um dos principais desafios no que concerne estas infeções prende-se com o estigma, sobretudo em relação ao VIH. Com vista a combater esse preconceito, Crawford *et al.* avaliaram o efeito da implementação de um vídeo com carácter normalizador do rastreio de VIH, que consciencializava os utentes para comportamentos de risco como o uso de drogas, clarificava os efeitos dessa infeção na população em geral e não especificamente num subgrupo, promovendo o teste como parte da informação sobre o próprio estado de saúde à semelhança de rastreios comuns como os que são habitualmente realizados para a hipertensão, diabetes e colesterolemia¹⁴³. A intervenção substituiu o aconselhamento pré-teste e demonstrou um aumento na adesão ao teste, nomeadamente num contexto com baixo acesso aos rastreios, elevada prevalência de infeções e de grupos em maior risco de infeção. Além do efeito positivo do vídeo, a oferta concomitante do teste de VIH e de rastreios para outras doenças crónicas também contribuiu para uma maior adesão.

Segundo as recomendações do CDC para contextos de rastreio não-clínicos, o incentivo à realização dos testes com o parceiro pode também constituir uma oportunidade para aumentar a adesão e consciencialização para estas infeções¹¹⁰. A oferta do teste pode também ser feita aquando da procura de outros serviços disponíveis

na farmácia, tal como a troca de seringas, aproveitando-se a presença do utente com comportamento de risco nesse local para se efetuar os testes.

A criação de parcerias com membros dos grupos identificados como mais vulneráveis e em maior risco de infeção e com parceiros da comunidade que atuem na área destas infeções pode ser útil na aquisição de informações sobre os métodos e locais mais eficazes para alcançar essas populações. A criação de parcerias com médicos pode também aumentar a adesão aos testes¹⁵⁴.

O CDC recomenda ainda a utilização de diferentes métodos de divulgação dos testes e refere que a internet pode ser um meio particularmente útil para alcançar as faixas etárias mais jovens e homens que têm sexo com homens mas não se identificam como homossexuais ou não se encontram habitualmente nos locais onde é feita a divulgação deste serviço.

Em termos da operacionalização dos rastreios nas farmácias, o agendamento dos rastreios pode ser um método vantajoso para a organização interna dos farmacêuticos^{126,154} e garantia de que existem profissionais aptos a realizar os testes no momento em que o utente se desloca à farmácia. Esta estratégia pode, no entanto, apresentar problemas como a não comparência do utente e possível perda de oportunidade para outros utilizadores da farmácia.

7. Conclusões

A realização do presente trabalho permitiu traçar um perfil dos utentes que aderem aos testes rápidos de rastreio para VIH, VHB e VHC nas farmácias comunitárias, bem como identificar elementos facilitadores e barreiras que estejam a influenciar a adesão aos mesmos.

Os utentes que procuram estes testes são maioritariamente homens, apresentam uma média de idades de 35 anos, têm naturalidade portuguesa e completaram um nível de escolaridade de ensino secundário/equivalente ou superior. Observou-se que o teste de VIH foi o mais solicitado e o de VHB o menos procurado, sendo a realização do teste de VIH conjuntamente com o teste de VHC a escolha mais comum. Dos 210 utentes inquiridos, apenas um apresentou resultado reativo para VIH. A maioria das pessoas revelou estar ainda a cumprir o período janela, enaltecendo-se a necessidade de repetição dos testes após o fim desse período. Todavia, a maior parte dos utentes afirmou ter tido o comportamento de risco há pelo menos três meses, o que contraria o incumprimento do período de janela. Apesar de somente para o teste de VHB se ter verificado que a maioria dos utentes foi testado pela primeira vez, para o teste de VIH e para o de VHC os valores também foram elevados, demonstrando que a farmácia é um local apelativo para quem nunca fez os testes. Ter relações sexuais desprotegidas, mudar de parceiro sexual e nunca ter feito o teste foram os principais motivos que levaram à realização dos rastreios. No que tange os comportamentos de risco, verificou-se que ter relações sexuais com pessoas do mesmo sexo foi o comportamento mais frequente.

Este estudo mostrou que ainda têm dificuldade em aderir aos testes os utentes com menos de 18 anos, os mais idosos, pessoas socialmente vulneráveis (ex.: com menor escolaridade, alguns migrantes), utilizadores de drogas (de uso recreativo ou injetáveis) e pessoas que se identificam como transexuais.

Em termos da avaliação da farmácia enquanto local de rastreio, os utentes valorizaram sobretudo a rapidez, a privacidade e a confiança no aconselhamento do farmacêutico, fatores facilitadores também destacados pelos farmacêuticos e reportados noutros estudos. Por seu turno, fatores como o desconhecimento de outros locais de rastreio, falta de vontade para ir a outros serviços de saúde e o receio de ser discriminado parecem não constituir características diferenciadoras da farmácia. Segundo a perceção dos farmacêuticos, o estigma, transversal a todos os contextos de rastreio, o processo de referenciação e a proximidade da farmácia poderão representar barreiras para os utentes, podendo este último fator funcionar também como facilitador.

Na perspetiva dos farmacêuticos, os rastreios apresentam como facilitadores o aconselhamento que prestam aos utentes, a formação inicial que receberam para aplicar os testes e a relação de proximidade com quem adere aos rastreios. Pelo contrário, identificaram como barreiras pessoais os materiais de testagem, o desconhecimento da continuidade do processo após o teste, as condições logísticas que são exigidas às farmácias para que possam implementar estes rastreios, o tempo despendido, assim como a disponibilização do autoteste.

Em termos dos fatores descritos como podendo influenciar o sucesso do projeto, os farmacêuticos salientaram o aspeto do financiamento, da sustentabilidade, da garantia da efetividade dos testes, da divulgação dos rastreios e da necessidade de ter em conta as desigualdades existentes nos meios rurais caso se pretenda alargar o projeto a essas regiões. Os profissionais consideraram ainda que pode estar a ocorrer atualmente uma sobreutilização dos testes, apesar de não ter sido encontrada evidência nesse sentido. De acordo com o que foi relatado, as orientações para a operacionalização dos rastreios parecem estar a ser seguidas, tendo os farmacêuticos revelado reconhecer a importância do projeto e estar motivados no desempenho desse serviço, fator também descrito como condicionante do seu sucesso.

Embora tenham sido identificadas algumas barreiras, enquanto contexto de realização dos testes rápidos *point-of-care* para deteção de VIH, VHB e VHC, a farmácia demonstrou ser um local efetivo por diversos fatores, tanto na perspetiva do utente como do farmacêutico. A farmácia conseguiu alcançar algumas populações que não costumam procurar esses rastreios, como é o caso de homens heterossexuais e migrantes, revelando também ser uma oportunidade para quem faz os rastreios pela primeira vez. Como sugerido pelos farmacêuticos, existem de facto intervenções que podem contribuir para a eliminação das barreiras identificadas e aumento da adesão, nomeadamente, a normalização destas infeções e dos seus rastreios, a criação de parcerias a nível da comunidade, com informadores-chave dos grupos que menos aderem e com médicos, bem como através do reforço da divulgação do projeto e possibilidade de agendamento dos testes.

O presente estudo vem assim salientar quais os grupos que requerem maior enfoque e os aspetos que necessitam de ser melhorados para que futuramente a adesão a estes testes aumente e o projeto possa ser alargado a mais farmácias, permitindo rastrear um maior número de pessoas.

8. Referências

1. Roser M, Ritchie H. Burden of Disease [Internet]. Our World in Data. 2016 [cited 2019 Sep 2]. Available from: <https://ourworldindata.org/burden-of-disease>
2. UNAIDS. UNAIDS FACT SHEET- Global HIV Statistics. Ending the AIDS epidemic. 2020.
3. UNAIDS. Global HIV and AIDS statistics [Internet]. Vol. 1, Avert. 2019 [cited 2019 Sep 2]. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf
4. UNAIDS. Portugal UNAIDS [Internet]. [cited 2019 Sep 3]. Available from: <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/portugal>
5. SIDA D– PN para a IV e, Infecciosas I– D de D. Infecção VIH e SIDA em Portugal – 2019. 2019.
6. Unaid. 90-90-90: An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. 2014.
7. Who. Global Hepatitis Report, 2017. 2017.
8. Carvalhana SC, Leitão J, Alves AC, Bourbon M, Cortez-Pinto H. Hepatitis B and C prevalence in Portugal: Disparity between the general population and high-risk groups. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2016;28(6):640–4.
9. Elizabeth Pádua, Helena Cortes Martins, Laura Almeida, Carla Manita, Maria Paula Espírito Santo, Teresa Lourenço. Inquérito Serológico Nacional 2015-2016: Infecções Sexualmente Transmissíveis [Internet]. 2017. Available from: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/5402/1/INSA_ISN-2015-2016-IST_web.pdf
10. World Health Organization. Hepatitis B [Internet]. 2019 [cited 2019 Sep 24]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>
11. World Health Organization. Hepatitis C [Internet]. [cited 2019 Sep 24]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>
12. Direcção Geral da Saúde. Programa Nacional para a infeção VIH, SIDA e Tuberculose - 2017. Direcção-Geral da Saúde. 2017;52.
13. DGS. Programa Nacional para as Hepatites Virais 2017. Direcção-Geral da Saúde. 2017;1–19.
14. República D da. Despacho n.º 2522/2018. 2015;(2):26369.
15. Sharp PM, Hahn BH. Origins of HIV and the AIDS Pandemic. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2011;1(1).
16. Rubens M, Ramamoorthy V, Saxena A, Shehadeh N, Appunni S. HIV Vaccine: Recent Advances, Current Roadblocks, and Future Directions. *J Immunol Res*. 2015;2015.
17. Cortes Martins H, Aldir I. Infecção VIH e SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro

de 2017 [Internet]. 2018. Available from: www.insa.pt

18. Starling S. The levee breaks — initial reports of AIDS. *Nature*. 2018;514(December):2018.
19. Clavel F, Guétard D, Brun-Vézinet F, Chamaret S, Rey MA, Santos-Ferreira MO, et al. Isolation of a new human retrovirus from West African patients with AIDS. *Science* (80-). 1986;233(4761):343–6.
20. Clavel F, Mansinho K, Chamaret S, DeniseGuétard, Favier V, Nina J, et al. Human Immunodeficiency Virus Type 2 Infection Associated With AIDS in West Africa. *N Engl J Med*. 1987;306(7):424–6.
21. Mann JM. The World Health Organization’s global strategy for the prevention and control of AIDS. *West J Med*. 1987;147(6):732–4.
22. Nations U. Report on Millennium Development Goals. 2004;(May):1–74.
23. World Health Organization (WHO). WHO | Number of people (all ages) living with HIV [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 3]. Available from: https://www.who.int/gho/hiv/epidemic_status/cases_all/en/
24. Global Health Data Exchange. GBD Results Tool [Internet]. Institute for Health Metrics and Evaluation. 2017 [cited 2020 Aug 5]. Available from: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
25. Trapero-Bertran M, Oliva-Moreno J. Economic impact of HIV/AIDS: a systematic review in five European countries. *Health Econ Rev* [Internet]. 2014 [cited 2020 Aug 5];4(1):1–16. Available from: [/pmc/articles/PMC4502071/?report=abstract](http://pmc/articles/PMC4502071/?report=abstract)
26. Shaaban AN, Martins MRO. The Importance of Improving the Quality of Care Among HIV/AIDS Hospitalizations in Portugal. *Front Public Heal* [Internet]. 2019 Sep 13 [cited 2020 Aug 5];7:266. Available from: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2019.00266/full>
27. Saúde M da. INFEÇÃO VIH E SIDA - Desafios e Estratégias. Direcção Geral de Saúde. 2018;1–17.
28. Pereira AL, Pita JR. SABERES E PRÁTICAS EM TORNO DO ADOECER. 2013.
29. Série-b DDARI. Portaria nº 258/2005, de 16 de março do Ministério da Saúde. 2005;2343–5. Available from: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/91A35F4D-2EEE-402B-8675-161792E135D3/17812/23432345.pdf>
30. UNAIDS. Country factsheets - Portugal 2018. Un aids [Internet]. 2018;1–6. Available from: <https://aidsinfo.unaids.org/%0D>
31. Azevedo-Pereira JM, Santos-Costa Q. HIV interaction with human host: HIV-2 As a model of a less virulent infection. *AIDS Rev*. 2016;18(1):44–53.
32. Hoffmann C, Rockstroh JK. HIV Book 2011. 2011.

33. Deeks SG, Overbaugh J, Phillips A, Buchbinder S. HIV infection - Disease primer article. *Nat Rev Dis Prim* [Internet]. 2015;1(October):15035. Available from: <http://www.nature.com/articles/nrdp201535>
34. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). About HIV/AIDS [Internet]. 2019 [cited 2019 Oct 17]. Available from: <https://www.cdc.gov/hiv/basics/whatishiv.html>
35. Trigo D, Costa JB da. Infecção VIH: Epidemiologia , História Natural e Diagnóstico. 2016;743(November):371–4.
36. Thomas G, Sharma MC. Unit-3 Myths and Misconceptions of HIV and AIDS and STDs [Internet]. 2018. Available from: <http://egyankosh.ac.in/handle/123456789/47010>
37. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). General HIV Information [Internet]. [cited 2020 Jan 4]. Available from: https://wwwn.cdc.gov/hivrisk/what_is/what_is_hiv.html
38. World Health Organization (WHO). Consolidated Guidelines on HIV Testing Services: 5Cs: Consent, Confidentiality, Counselling, Correct Results and Connection. *Who* [Internet]. 2015;(July):163. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926_eng.pdf?ua=1&ua=1
39. WHO. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update. *World Heal Organ* [Internet]. 2016;(July). Available from: <http://apps.who.int/>
40. WHO. HIV/AIDS - Definition of key terms [Internet]. 2013. Available from: <https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/intro/keyterms/en/>
41. George HM. Diagnóstico e Rastreamento Laboratorial da Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana. *Direção Geral da Saúde*. 2014;1–4.
42. Blumberg BS, Alter HJ, Visnich S. A “New” Antigen in Leukemia Sera. *JAMA J Am Med Assoc*. 1965;191(7):541–6.
43. Venkatakrishnan B, Zlotnick A. The Structural Biology of Hepatitis B Virus: Form and Function. *Annu Rev Virol*. 2016;3(1):429–51.
44. Ott JJ, Stevens GA, Groeger J, Wiersma ST. Global epidemiology of hepatitis B virus infection: New estimates of age-specific HBsAg seroprevalence and endemicity. *Vaccine* [Internet]. 2012;30(12):2212–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2011.12.116>
45. World Health Organization. Global Hepatitis Report, 2017. 2017.
46. ECDC. Systematic review on hepatitis B and C prevalence in the EU/EEA [Internet]. 2016 [cited 2019 Sep 3]. Available from: www.ecdc.europa.eu
47. European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis B - Annual epidemiological report for 2017 [Internet]. 2019. Available from: https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AER_for_2015-salmonellosis.pdf

48. Saúde DG de. Programa Nacional Para As Hepatites Virais - 2019. 2019;
49. Raluy M, DE Cock E, Marinho RT, Areias J, Calinas F, Carvalho A, et al. Annual Costs Of Chronic Hepatitis B Disease States In Portugal. 2009.
50. Feinstone SM, Kapikian AZ, Purcell RH, Alter HJ, Holland P V. Transfusion-associated hepatitis not due to viral hepatitis type A or B. *N Engl J Med*. 1975;292:1244–8.
51. ECDC. Hepatitis C: Annual epidemiological report for 2017. 2019;(2119). Available from: https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AER_for_2017-hepatitis-C.pdf
52. Anjo J, Café A, Carvalho A, Doroana M, Fraga J, Gíria J, et al. O impacto da hepatite C em Portugal. *GE J Port Gastreenterologia*. 2014 Mar;21(2):44–54.
53. Warner N, Locarnini S. Replication of Hepatitis B Virus [Internet]. Sixth Edit. Zakim and Boyer's Hepatology. Elsevier Inc.; 2012. 86–96 p. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-1-4377-0881-3.00006-1>
54. Manns MP, Buti M, Gane E, Pawlotsky JM, Razavi H, Terrault N, et al. Hepatitis C virus infection. *Nat Rev Dis Prim*. 2017;3.
55. WHO. Guidelines on hepatitis B and C testing [Internet]. Vol. 66, Who. 2017. 1–170 p. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254621/1/9789241549981-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28742301%0Ahttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28742301>
56. Lingala S, Ghany MG. Natural History of Hepatitis C. *Gastroenterol Clin North Am* [Internet]. 2015;44(4):717–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gtc.2015.07.003>
57. Seeger C, Mason WS. Molecular Biology of Hepatitis B Virus Infection. 2015;8(5):583–92.
58. Meireles LC, Marinho RT, Van Damme P. Three decades of hepatitis B control with vaccination. *World J Hepatol*. 2015;7(18):2127–32.
59. Lavanchy D, Kane M. Hepatitis B Virus in Human Diseases. In: Liaw Y-F, Zoulim F, editors. *Molecular and Translational Medicine* [Internet]. 2016. p. 79–93. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-22330-8>
60. Lanini S, Easterbrook PJ, Zumla A, Ippolito G. Hepatitis C: global epidemiology and strategies for control. *Clin Microbiol Infect*. 2016;22(10):833–8.
61. Hepatitis B - Treatment - NHS [Internet]. [cited 2020 Sep 26]. Available from: <https://www.nhs.uk/conditions/hepatitis-b/treatment/>
62. Pedrana A, Howell J, Schröder S, Scott N, Wilson D, Kuschel C, et al. ELIMINATING VIRAL HEPATITIS THE INVESTMENT CASE Report of the WISH Viral Hepatitis Forum 2018 ELIMINATING VIRAL HEPATITIS THE INVESTMENT CASE. *Health*. 2018.
63. Tovo PA, Calitri C, Scolfaro C, Gabiano C, Garazzino S. Vertically acquired hepatitis C virus infection: Correlates of transmission and disease progression. Vol. 22, *World journal*

- of gastroenterology. *World J Gastroenterol*; 2016. p. 1382–92.
64. Silva MJ, Valente J, Capela T, Russo P, Calinas F. Epidemiology of hepatitis B in Portugal. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2017;29(3):249–58.
 65. D:A:D Study Group. Liver-Related Deaths in Persons Infected With the Human Immunodeficiency Virus. 2013;166:1632–41.
 66. Messick K, Sanders JC, Goedert JJ, Eyster ME. Hepatitis C viral clearance and antibody reactivity patterns in persons with haemophilia and other congenital bleeding disorders. *Haemophilia*. 2001;7(6):568–74.
 67. Kruse RL, Kramer JR, Tyson GL, Duan Z, Chen L, El-Serag HB, et al. Clinical outcomes of hepatitis B virus coinfection in a United States cohort of hepatitis C virus-infected patients. *Hepatology*. 2014;60(6):1871–8.
 68. World Health Organization (WHO). Guidelines for the screening, care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection - UPDATED VERSION APRIL 2016. 2016;7(32):1248–9.
 69. Almeida LM De. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Prevenção em Saúde*. 2005;23:91–6.
 70. Bom RJM, Van Der Linden K, Matser A, Poulin N, Schim Van Der Loeff MF, Bakker BHW, et al. The effects of free condom distribution on HIV and other sexually transmitted infections in men who have sex with men. *BMC Infect Dis*. 2019;19(1):1–10.
 71. Shrestha RK, Farnham PG, Whitham HK, Sansom SL. Challenges in estimating effectiveness of condom distribution campaigns to prevent HIV transmission. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2016;73(2):e35–8.
 72. Vijayakumar G, Mabude Z, Smit J, Beksinska M, Lurie M. A review of female-condom effectiveness: Patterns of use and impact on protected sex acts and STI incidence. *Int J STD AIDS*. 2006;17(10):652–9.
 73. Heumann CL. Biomedical Approaches to HIV Prevention in Women. *Curr Infect Dis Rep*. 2018;20(6):18–23.
 74. VIH/SIDA D– PN para a I. Programa de distribuição de preservativos 2006-2017 [Internet]. Available from: <https://www.pnvihsida.dgs.pt/programa-nacional1111111111/programas-em-curso1/programa-de-distribuicao-de-preservativos11/programa-de-distribuicao-de-preservativos-2006-2014-docx1.aspx>
 75. Cahill S, Schaefer N. Syringe exchange programs around the world : The global context. *Gay Men's Heal Cris*. 2009;(hx dev of nsep worldwide):6.
 76. Hagan H, Des Jarlais DC, Friedman SR, Purchase D, Alter MJ. Reduced risk of hepatitis B and hepatitis C among injection drug users in the Tacoma syringe exchange program. *Am J Public Health*. 1995;85(11):1531–7.

77. Platt L, Minozzi S, Reed J, Vickerman P, Hagan H, French C, et al. Needle syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing hepatitis C transmission in people who inject drugs. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2017(9).
78. Mukandavire C, Low A, Mburu G, Trickey A, May MT, Davies CF, et al. Impact of opioid substitution therapy on the HIV prevention benefit of antiretroviral therapy for people who inject drugs. *Aids*. 2017;31(8):1181–90.
79. Vasconcelos C. Breve história das terapêuticas de substituição em Portugal - conclusões principais. *Toxicodependências*. 2000;6(2):67–79.
80. Karim QA, Karim SSA, Frohlich JA, Grobler AC, Baxter C, Mansoor LE, et al. Effectiveness and safety of tenofovir gel, an antiretroviral microbicide, for the prevention of HIV infection in women. *Science* (80-). 2010;329(5996):1168–74.
81. Fonner VA, Dalglish SL, Kennedy CE, Baggaley R, O'Reilly KR, Koechlin FM, et al. Effectiveness and safety of oral HIV preexposure prophylaxis for all populations. *Aids*. 2016;30(12):1973–83.
82. Gabinete do Secretario de Estado Adjunto e da Saúde. Despacho nº4835/2017. Diário da República. 2017;Nº107:1–2.
83. INFARMED; Administração Central de Sistema de Saúde (ACSS); Direção-Geral da Saúde (DGS); Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS). CIRCULAR NORMATIVA CONJUNTA N.º 02/2018/INFARMED/ACSS/DGS /SPMS. 2018;2–5.
84. Thomas DL. Global elimination of chronic hepatitis. *N Engl J Med*. 2019;380(21):2041–50.
85. Portugal - Direção-Geral da Saúde. Vacinas do PNV. 2015;1–46.
86. Record WE, States M, Group A. Hepatitis B vaccines: WHO position paper-Recommendations. *Vaccine*. 2010;28(3):589–90.
87. Bekker LG, Johnson L, Cowan F, Overs C, Besada D, Hillier S, et al. Combination HIV prevention for female sex workers: What is the evidence? *Lancet* [Internet]. 2015;385(9962):72–87. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60974-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60974-0)
88. Cooke GS, Andrieux-Meyer I, Applegate TL, Atun R, Burry JR, Cheinquer H, et al. Accelerating the elimination of viral hepatitis: a Lancet Gastroenterology & Hepatology Commission. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2019;4(2):135–84.
89. Popping S, Bade D, Boucher C, Valk M van der, El-Sayed M, Sigurour O, et al. The global campaign to eliminate HBV and HCV infection: International Viral Hepatitis Elimination Meeting and core indicators for development towards the 2030 elimination goals. *J Virus Erad*. 2019;60–6.
90. Suthar AB, Ford N, Bachanas PJ, Wong VJ, Rajan JS, Saltzman AK, et al. Towards

- Universal Voluntary HIV Testing and Counselling: A Systematic Review and Meta-Analysis of Community-Based Approaches. *PLoS Med.* 2013;10(8).
91. Sweat M, Morin S, Celentano D, Mulawa M, Singh B, Mbwapo J, et al. Community-based intervention to increase HIV testing and case detection in people aged 16-32 years in Tanzania, Zimbabwe, and Thailand (NIMH Project Accept, HPTN 043): A randomised study. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2011;11(7):525–32. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(11\)70060-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(11)70060-3)
 92. Lingala S, Ghany MG. Hepatitis B: Screening, Awareness, and the Need to Treat. *Fed Pract.* 2016;33(Suppl 3):19S-23S.
 93. McNulty M, Cifu AS, Pitrak D. JAMA Clinical Guidelines Synopsis: HIV screening. *J Am Med Assoc.* 2016;316(2):213–4.
 94. World Health Organization W. Progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2019. 2019;2016–21.
 95. World Health Organization W. Guidelines on Hepatitis B and C testing [Internet]. 2016. Available from: www.hepatitis-c-initiative.eu
 96. (WHO) WHO. Consolidated Guidelines on HIV Testing Services for a changing epidemic [Internet]. 2019. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179870/9789241508926_eng.pdf?sequence=1 LB - 00jl
 97. Division of HIV/AIDS Prevention, National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention C for DC and P. Testing [Internet]. 2019 [cited 2020 Jan 7]. Available from: <https://www.cdc.gov/hiv/basics/testing.html>
 98. World Health Organization (WHO). Annex 7. Diagnostics for HIV diagnosis. Vol. 0, World Health Organization. 2015.
 99. Kosack CS, Page AL, Beelaert G, Benson T, Savane A, Ng'Ang'A A, et al. Towards more accurate HIV testing in sub-Saharan Africa: A multi-site evaluation of HIV RDTs and risk factors for false positives. *J Int AIDS Soc.* 2017;20(1).
 100. Dare-Smith R, Badrick T, Cunningham P, Kesson A, Badman S. Quality assuring HIV point of care testing using whole blood samples. *Pathology* [Internet]. 2016 Aug [cited 2019 Jul 31];48(5):498–500. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0031302516300034>
 101. Sullivan PS, Lyons MS, Czarnogorski M, M.Branson B. ROUTINE SCREENING FOR HIV SETTINGS: A DECADE OF PROGRESS. 2016;131:1–4. Available from: <https://doi.org/10.1177/00333549161310S101>
 102. Grabbe KL, Menzies N, Taegtmeier M, Emukule G, Angala P, Mwega I, et al. Increasing access to HIV counseling and testing through mobile services in Kenya: Strategies,

- utilization, and cost-effectiveness. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010;54(3):317–23.
103. ECDC. European Centre for Disease Prevention and Control. Public health guidance on HIV, hepatitis B and C testing in the EU/EEA: An integrated approach [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 10]. Available from: www.ecdc.europa.eu
 104. HIV testing programmes | Avert [Internet]. [cited 2020 Apr 7]. Available from: <https://www.avert.org/professionals/hiv-programming/testing>
 105. Unaid. Addressing a blind spot in the response to HIV — Reaching out to men and boys.
 106. Health Protection Agency. Time to test for HIV : Expanding HIV testing in healthcare and community services in England. 2011;
 107. Nunn A, Towey C, Chan PA, Parker S, Nichols E, Oleskey P, et al. Routine HIV screening in an urban community health center: Results from a geographically focused Implementation science program. *Public Health Rep*. 2016 Jan 1;131(1):30–40.
 108. Waked I, Esmat G, Elsharkawy A, El-Serafy M, Abdel-Razek W, Ghalab R, et al. Screening and treatment program to eliminate hepatitis C in Egypt. *N Engl J Med*. 2020;382(12):1166–74.
 109. Bil JP, Schrooders PA, Prins M, Kouw PM, Klomp JH, Scholing M, et al. Integrating hepatitis B, hepatitis C and HIV screening into tuberculosis entry screening for migrants in the Netherlands, 2013 to 2015. *Eurosurveillance* [Internet]. 2018 [cited 2020 Apr 7];23(11). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5861593/>
 110. Centers for Disease Control and Prevention - Division HIV/AIDS Prevention. Implementing HIV Testing in Nonclinical Settings: A Guide for HIV Testing Providers. 2016; Available from: https://www.cdc.gov/hiv/pdf/testing/CDC_HIV_Implementing_HIV_Testing_in_Nonclinical_Settings.pdf
 111. VIH/sida CN para a infecção. PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO VIH/sida - 2007-2010 - Um compromisso com o futuro. 2007.
 112. George M. Norma 058/2011 - Prescrição Laboratorial do Teste de Anticorpos Anti-Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). 2012;1–15.
 113. Direção-Geral da Saúde (DGS). Norma 059/2011 . Prescrição para Estudo Laboratorial da infeção pelo Vírus da Hepatite C. Ministério da Saúde. 2011;1–19.
 114. On G. HIV Testing Services Hiv Self-Testing and Partner Notification - Supplement to consolidated guidelines on HIV testing services. 2016;(December).
 115. Njau B, Covin C, Lisasi E, Damian D, Mushi D, Boulle A, et al. A systematic review of qualitative evidence on factors enabling and deterring uptake of HIV self-testing in Africa. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1–16.
 116. Gagnon M, French M, Hébert Y. The HIV self-testing debate: Where do we stand? *BMC*

Int Health Hum Rights. 2018;18(1):1–7.

117. DGS, ACSS, INFARMED, INSA, SPMS. Circular normativa conjunta. 2018.
118. DGS, ACSS, INFARMED, INSA, SPMS. Circular normativa conjunta -. 2018;4–6.
119. Ministério da Saúde. Cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH. 2017;41. Available from: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/11/Relatório-Cidades-na-via-rápida-para-acabar-com-a-epidemia-VIH-1.pdf>
120. Minichiello A, Swab M, Chongo M, Marshall Z, Gahagan J, Maybank A, et al. HIV Point-of-Care Testing in Canadian Settings: A Scoping Review. *Front Public Heal* [Internet]. 2017 Apr 18 [cited 2019 Jul 31];5. Available from: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2017.00076/full>
121. Kozel TR, Burnham-Marusich AR. Point-of-Care Testing for Infectious Diseases: Past, Present, and Future [Internet]. 2017 [cited 2019 Jul 31]. Available from: <https://doi.org/10>
122. Fernández-Balbuena S, Belza MJ, Zulaica D, Martinez JL, Marcos H, Rifá B, et al. Widening the access to HIV testing: The contribution of three in-pharmacy testing programmes in Spain. *PLoS One* [Internet]. 2015;10(8):1–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0134631>
123. Direção-Geral da Saúde. Testes rápidos de rastreio de infeções por VIH, VHB e VHC [Internet]. 2019 [cited 2020 Jan 8]. Available from: <https://www.sns24.gov.pt/guia/testes-de-rastreio-de-infecoes/testes-rapidos-de-rastreio-de-infecoes-por-vih-vhb-e-vhc/>
124. Weidle PJ, Lecher S, Botts LW, Jones LD, Spach DH, Alvarez J, et al. HIV testing in community pharmacies and retail clinics: A model to expand access to screening for HIV infection. *J Am Pharm Assoc* [Internet]. 2014;54(5):486–92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1331/JAPhA.2014.14045>
125. Gorostiza I, López de Landache IE, Bracerías Izaguirre L. Programa de cribado de VIH/sida en las oficinas de farmacia en la Comunidad Autónoma del País Vasco. *Gac Sanit*. 2013;27(2):164–6.
126. Darin KM, Klepser ME, Klepser DE, Klepser SA, Reeves A, Young M, et al. Pharmacist-provided rapid HIV testing in two community pharmacies. *J Am Pharm Assoc* [Internet]. 2015 Jan [cited 2019 Jul 31];55(1):81–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1544319115300157>
127. Dong BJ, Lopez M, Cocohoba J. Pharmacists performing hepatitis C antibody point-of-care screening in a community pharmacy: A pilot project. *J Am Pharm Assoc* [Internet]. 2017;57(4):510-515.e2. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.japh.2017.04.463>
128. Dugdale C, Zaller N, Bratberg J, Berk W, Flanigan T. Missed opportunities for HIV screening in pharmacies and retail clinics. *J Manag Care Pharm*. 2014;20(4):339–45.
129. Amesty S, Crawford ND, Nandi V, Perez-Figueroa R, Rivera A, Sutton M, et al. Evaluation

- of Pharmacy-Based HIV Testing in a High-Risk New York City Community. *AIDS Patient Care STDS*. 2015;29(8):437–44.
130. Brewer A, Hanna C, Eckmann L, Schadler A, Divine H. Patient awareness, willingness, and barriers to point-of-care hepatitis C screening in community pharmacy. *J Am Pharm Assoc* [Internet]. 2018;58(4):S69-S72.e1. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.japh.2018.04.031>
 131. Isho NY, Kachlic MD, Marcelo JC, Martin MT. Pharmacist-initiated hepatitis C virus screening in a community pharmacy to increase awareness and link to care at the medical center. *J Am Pharm Assoc* [Internet]. 2017;57(3):S259–64. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.japh.2017.03.006>
 132. American Public Health Association. Health Equity [Internet]. [cited 2019 Feb 11]. Available from: <https://www.apha.org/topics-and-issues/health-equity>
 133. Wood H, Gudka S. Pharmacist-led screening in sexually transmitted infections: current perspectives. *Integr Pharm Res Pract*. 2018;Volume 7:67–82.
 134. Habel MA, Scheinmann R, Verdesoto E, Gaydos C, Bertisch M, Chiasson MA. Exploring pharmacy and home-based sexually transmissible infection testing. *Sex Health*. 2015;12(6):472–9.
 135. Saúde - Gabinetes do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde e da Secretária de Estado da Saúd. Realização de testes rápidos (testes point of care) de rastreio de infeções por VIH, VHC e VHB nas farmácias comunitárias e nos laboratórios de patologia clínica/análises clínicas (Despacho n.º 2522/2018) - Manual de Operacionalização. 2018; Available from: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/114848817/details/maximized?fqs=rastreio&perPage=25&filterStart=2018-03-12&q=rastreio>
 136. Dancey, Christine P., Reidy J. Statistics Without Maths for Psychology [Internet]. 2007 [cited 2020 Sep 23]. Available from: https://books.google.pt/books?hl=en&lr=&id=QjfQ0_DqyNQC&oi=fnd&pg=PR16&ots=5SsaPkYmzZ&sig=11aFTCbJKYfaKtcNj4KEmQ2rvz8&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
 137. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant* [Internet]. 2018 Jul 1 [cited 2020 Oct 16];52(4):1893–907. Available from: [/pmc/articles/PMC5993836/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31111111/)
 138. Sónia Dias, Ana Gama. Introdução à Investigação Qualitativa em Saúde Pública [Internet]. Coimbra: Almedina; 2019. Available from: <https://books.google.pt/books?id=QGOMDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT>
 139. Soares Silva I, Luísa Veloso A, Bernardo Keating J. Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusófona de Educação*, 26. 2014;

140. Hardy V, Thompson M, Alto W, Keppel GA, Hornecker J, Linares A, et al. Exploring the barriers and facilitators to use of point of care tests in family medicine clinics in the United States. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2016;17(1):1–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-016-0549-1>
141. Stewart DW, Shamdasani P. Online Focus Groups. *J Advert* [Internet]. 2017 Jan 2 [cited 2020 Jul 13];46(1):48–60. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00913367.2016.1252288>
142. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2006.
143. Crawford ND, Dean T, Rivera A V., Guffey T, Amesty S, Rudolph A, et al. Pharmacy Intervention to Improve HIV Testing Uptake Using a Comprehensive Health Screening Approach. *Public Health Rep* [Internet]. 2016 Jan [cited 2019 Jul 31];131(1_suppl):139–46. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00333549161310S116>
144. So E, Brands M, Suomala E, Ogden B, Riss J, Cernasev A, et al. Pharmacists' Opinions on the Implementation of HIV and HepC Point-of-Care-Testing in a U.S. Pharmacy Chain. *Inov Pharm*. 2019;10(1):10.
145. Geretti AM, Austin H, Villa G, Hungerford D, Smith C, Davies P, et al. Point-of-Care Screening for a Current Hepatitis C Virus Infection : Influence on Uptake of a Concomitant Offer of HIV Screening. *Sci Rep* [Internet]. 2018;(September):4–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-018-33172-w>
146. Calderon Y, Cowan E, Schramm C, Stern S, Brusalis C, Iscoe M, et al. HCV and HBV testing acceptability and knowledge among urban emergency department patients and pharmacy clients. *Prev Med (Baltim)* [Internet]. 2014 Apr [cited 2020 Oct 5];61:29–33. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091743513004969>
147. Direção-Geral da Saúde (DGS). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco [Internet]. 2015 [cited 2020 Oct 7]. Available from: <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/ficheiros-de-upload-diversos/pnvgbr-pdf.aspx>
148. Kugelmas M, Pedicone LD, Lio I, Simon S, Pietrandoni G. Hepatitis C point-of-care screening in retail pharmacies in the United States. *Gastroenterol Hepatol*. 2017;13(2):98–104.
149. Lazebnik LB, Ilchenko LY, Diakova IP, Tsaregorodtseva TM, Toporkov AS, Khomeriki SG. HCV infection in the elderly. *Ter Arkh* [Internet]. 2006 [cited 2020 Oct 6];78(11):41–4. Available from: [/pmc/articles/PMC2682378/?report=abstract](http://pmc/articles/PMC2682378/?report=abstract)
150. Trust HC, Testing P. Pharmacy-based testing for hepatitis B and hepatitis C. 2009;
151. Fakoya I, Álvarez-Del Arco D, Monge S, Copas AJ, Gennotte AF, Volny-Anne A, et al. HIV testing history and access to treatment among migrants living with HIV in Europe. *J Int AIDS Soc*. 2018;21:e25123.

152. Koenig SP, Dorvil N, Dévieux JG, Hedt-Gauthier BL, Riviere C, Faustin M, et al. Same-day HIV testing with initiation of antiretroviral therapy versus standard care for persons living with HIV: A randomized unblinded trial. Geng EH, editor. PLOS Med [Internet]. 2017 Jul 25 [cited 2019 Jul 31];14(7):e1002357. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1002357>
153. Mokaya J, Mcnaughton AL, Burbridge L, Maponga T, O'Hara G, Andersson M, et al. A blind spot? Confronting the stigma of hepatitis B virus (HBV) infection - A systematic review [version 2; referees: 2 approved]. 2018;1–30.
154. Steltenpohl EA, Barry BK, Coley KC, McGivney MS, Olenak JL, Berenbrok LA. Point-of-Care Testing in Community Pharmacies: Keys to Success From Pennsylvania Pharmacists. J Pharm Pract. 2018;31(6):629–35.

Apêndice 1 – Questionário aplicado aos utentes

A preencher pela farmácia:

Data: [Dia / Mês / Ano] **Código do utente:** [Código farmácia / Ano / Número sequencial utente]

____/____/____ ____/____/____

Resultado(s) do(s) teste(s):

Teste VIH <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Não reativo, cumpre período de janela <input type="checkbox"/> Não reativo, <u>não cumpre</u> período de janela <input type="checkbox"/> Reativo	Teste HepC <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Não reativo, cumpre período de janela <input type="checkbox"/> Não reativo, <u>não cumpre</u> período de janela <input type="checkbox"/> Reativo	Teste HepB <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Não reativo, cumpre período de janela <input type="checkbox"/> Não reativo, <u>não cumpre</u> período de janela <input type="checkbox"/> Reativo
--	---	---

QUESTIONÁRIO ANÓNIMO – TESTES RÁPIDOS

1. Sexo
☐ Feminino
☐ Masculino
☐ Outro
2. Idade _____ anos.
3. País de nascimento
☐ Portugal
☐ Outro. Qual? _____
 ↳ Em que ano chegou a Portugal? _____

4. Qual o seu nível de escolaridade? (indique o nível mais alto que completou)
☐ Nenhum nível de escolaridade
☐ Ensino básico - 1º ciclo (4ª classe/4º ano)
☐ Ensino básico - 2º ciclo (6º ano)
☐ Ensino básico - 3º ciclo (9º ano)
☐ Ensino secundário ou equivalente
☐ Ensino superior

5. Preencha só as caixas correspondentes ao(s) teste(s) que fez.

	Teste VIH	Teste Hepatite C	Teste Hepatite B
5.1. Esta é a primeira vez que faz o teste?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5.2. Se respondeu NÃO na questão anterior, quando foi a última vez que fez o teste?	<input type="checkbox"/> Nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Há mais de 12 meses	<input type="checkbox"/> Nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Há mais de 12 meses	<input type="checkbox"/> Nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Há mais de 12 meses
5.2.1. E qual foi o resultado do último teste realizado?	<input type="checkbox"/> Reativo, poderá estar infetado <input type="checkbox"/> Não reativo, não deverá estar infetado <input type="checkbox"/> Não sei	<input type="checkbox"/> Reativo, poderá estar infetado <input type="checkbox"/> Não reativo, não deverá estar infetado <input type="checkbox"/> Não sei	<input type="checkbox"/> Reativo, poderá estar infetado <input type="checkbox"/> Não reativo, não deverá estar infetado <input type="checkbox"/> Não sei

Continua no verso ➡

6. Qual a principal razão (ou razões) que o levou a realizar o(s) teste(s) hoje? [pode selecionar mais que uma opção]

- ☐ 1. Nunca tinha feito o teste
- ☐ 2. Preciso demonstrar que não estou infectado
- ☐ 3. Mudei de parceiro sexual
- ☐ 4. Fiz tatuagens e/ou piercing
- ☐ 5. Fui sujeito a transfusão de sangue ou seus derivados
- ☐ 6. Tive relação sexual desprotegida
- ☐ 7. Tive relação sexual no contexto de utilização de drogas de uso recreativo (ex. *Chemsex, party'n'play*, etc)
- ☐ 8. Partilhei material de injeção
- ☐ 9. Tive relação sexual com uma pessoa que vive com o VIH/SIDA e/ou vírus Hepatite C e/ou vírus Hepatite B
- ☐ 10. Outra _____.

6.1. Se selecionou alguma das opções 3 a 9 na questão anterior, quando aconteceu a situação mais recente?

- ☐ Há menos de 3 meses
- ☐ Entre 3 a 12 meses
- ☐ Há mais de um ano

7. Indique a importância que os seguintes fatores tiveram na escolha de fazer o teste na farmácia:

Para cada um dos fatores, assinale com ☒ de acordo com a escala de 1 a 4, em que 1 é "nada importante" e 4 é "extremamente importante".

	1	2	3	4
	Nada importante	Pouco importante	Importante	Extremamente importante
Não tenho que dar dados pessoais nem identificar-me	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Horário de funcionamento adequado às minhas necessidades	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Localização ou proximidade da farmácia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Privacidade do atendimento	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Reduzido tempo de espera para ser atendido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Confiança no aconselhamento e competência do farmacêutico	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Instalações confortáveis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Não conheço outro lugar para fazer o(s) teste(s)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Não me sinto à vontade para ir a outros serviços de saúde (tenho medo ou vergonha do que as pessoas vão pensar de mim)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Tenho receio de ser discriminado se fizer teste em outro local	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Outro fator não mencionado em cima: _____

8. Já me senti discriminado quando fiz o teste em outros locais ☐ Sim ☐ Não ☐ Nunca fiz o teste

9. Por favor responda a todas as perguntas, assinalando com <input checked="" type="checkbox"/> a resposta:	Sim	Não
9.1. Teve relação sexual com uma pessoa que vive com o VIH/SIDA e/ou HepC e/ou HepB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2. Utiliza drogas injetáveis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3. Teve relações sexuais com pessoas do mesmo sexo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4. Alguma vez lhe foi diagnosticada alguma Infecção Sexualmente Transmissível?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5. Alguma vez foi pago ou pagou para ter relações sexuais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.6. Identifica-se como transexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fim do questionário. Muito obrigado pela sua participação

Apêndice 2 – Consentimento informado dos farmacêuticos

Título do estudo: Realização de testes rápidos em farmácias comunitárias: estudo de avaliação

Enquadramento: O presente estudo tem por objetivo geral conhecer as perceções, motivações e experiências dos utentes e dos farmacêuticos sobre a realização de testes *point-of-care* de rastreio de infeção para o vírus da imunodeficiência humana (VIH), vírus da hepatite B (VHB) e vírus da hepatite C (VHC) nas farmácias comunitárias em Portugal. O estudo pretende gerar evidência de modo a definir prioridades e estratégias para eliminar barreiras de acesso. Este estudo é desenvolvido pelo Centro de Investigação para a Saúde Pública (CISP), da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), em parceria com o Centro de Estudos e Avaliação em Saúde (CEFAR), que integra o Instituto de Formação e Inovação em Saúde da Associação Nacional de Farmácias (ANF).

Métodos: Os dados serão obtidos através da análise de questionários aplicados aos utentes que realizaram teste(s) de rastreio para estas infeções nas farmácias e através de grupos focais com os farmacêuticos que apliquem estes rastreios.

Benefícios, riscos e custos: A sua participação é inteiramente voluntária e anónima. Não serão oferecidos quaisquer benefícios monetários ou não monetários. Será assegurado que não haverá qualquer risco ou custo para si no decorrer das atividades. Se assim o entender, pode recusar responder a qualquer pergunta ou pode em qualquer momento recusar a sua participação no estudo, sem qualquer tipo de consequência.

Confidencialidade e anonimato: A informação recolhida sobre si será enviada de forma codificada, será utilizada exclusivamente para este estudo e não será pessoalmente identificado(a) em qualquer análise, relatório ou publicação do estudo. Terá o direito de aceder aos seus dados a qualquer momento, e o direito de corrigir ou requerer a eliminação de informação em casos justificados. Se necessitar de esclarecimentos adicionais ou mais informação sobre os dados recolhidos ou sobre o projeto, poderá contactar o Investigador principal cujos contactos se encontram abaixo. Informa-se também que este estudo recebeu parecer favorável da Comissão de Ética do Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa (Porto).

Muito obrigada pela sua atenção.

Sónia Dias

Centro de Investigação para a Saúde Pública (CISP), Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)

Email: sonia.dias@ensp.unl.pt

Declaro ter lido este documento e recebido todo o esclarecimento necessário relativamente à minha participação no estudo. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequência.

Desta forma:

☐ **Aceito** participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me foram transmitidas.

☐ **Não aceito** participar neste estudo. Muito obrigada pela sua atenção. A sua participação neste estudo termina aqui.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do(a) Farmacêutico(a)

Código da Farmácia: |__| |__| |__| |__| |__|

Apêndice 3 – Dados sociodemográficos

Sexo: _____

Idade: _____

Nacionalidade: _____

Que tipo(s) de teste(s) aplicou? VIH _____ VHB _____ VHC _____

Há quanto tempo trabalha no contexto das farmácias comunitárias? _____

Há quanto tempo aplica este(s) teste(s)? _____

Apêndice 4 – Guião orientador dos grupos focais

Tópicos	Questões
Motivações dos utentes para a realização dos testes	Do vosso ponto de vista, que motivos levam os utentes a realizar estes testes de rastreio em geral?
Fatores facilitadores e barreiras no acesso e escolha da farmácia para a realização do(s) teste(s)	Na vossa perspetiva, que motivos levam os utentes a optar pelas farmácias para a realização do(s) teste(s) (facilitadores)? E identificam barreiras no acesso/escolha das farmácias, enquanto local de realização do(s) teste(s)?
	Segundo a vossa experiência, de que forma os utentes têm conhecimento da realização destes testes em farmácias? De que forma tentam promover estes testes?
Populações estigmatizadas/discriminadas	De acordo com o que observam, conseguem identificar grupos de utentes que são mais propensos a procurar (ou não) os testes? Se sim, quais? Do vosso ponto de vista, existem subpopulações alvo de estigma, discriminação? Se sim, quais?
Procedimento do(s) rastreio(s) (fatores facilitadores, fatores condicionantes)	O que consideram mais relevante no aconselhamento (pré-teste e pós-teste)? De que forma costumam transmitir os resultados aos utentes?
	Caso tenham realizado algum processo de referenciação, verificaram algum aspeto facilitador ou alguma barreira?
	Como é que a farmácia se organizou para poder prestar este serviço? Na vossa perspetiva, quais são os principais facilitadores e barreiras? Têm conhecimento se os utentes aderem ou não ao tratamento?
Motivações para a realização do(s) rastreio(s)	Sentem-se aptos (confiantes) na prestação deste serviço? O que vos motiva (enquanto farmacêuticos) para a prestação deste serviço?
Sugestões	Na vossa opinião, de que modo será possível melhorar o acesso e aumentar a adesão a estes rastreios?
Conclusão	Há alguma coisa que gostassem de acrescentar?

Apêndice 5 – Totalidade de motivos assinalados pelos utentes e que levaram à realização do(s) teste(s)

			n	%	<p>Legenda:</p> <p>Mot1 – Nunca tinha feito o teste</p> <p>Mot2 – Tive relação sexual com uma pessoa que vive com o VIH/SIDA e/ou vírus Hepatite C e/ou vírus Hepatite B</p> <p>Mot3 – Tive relação sexual desprotegida</p> <p>Mot4 – Partilhei material de injeção</p> <p>Mot5 – Fui sujeito a transfusão de sangue ou seus derivados</p> <p>Mot6 – Fiz tatuagens e/ou piercing</p> <p>Mot7 – Preciso demonstrar que não estou infetado</p> <p>Mot8 – Mudei de parceiro sexual</p> <p>Mot9 – Tive relação sexual no contexto de utilização de drogas de uso recreativo (ex. Chemsex, party'n'play, etc)</p> <p>Mot10 – Outro motivo</p>
Motivos para a realização dos testes	1 motivo	Mot1	15	7,5	
		Mot2	6	3,0	
		Mot3	54	27,0	
		Mot6	2	1,0	
		Mot7	14	7,0	
		Mot8	21	10,5	
		Mot10	18	9,0	
		Total	130	65,0	
	2 motivos	Mot1+3	14	7,0	
		Mot1+6	2	1,0	
		Mot1+7	3	1,5	
		Mot1+8	3	1,5	
		Mot1+10	1	0,5	
		Mot2+3	1	0,5	
		Mot3+6	1	0,5	
		Mot3+7	4	2,0	
		Mot3+8	13	6,5	
		Mot5+10	1	0,5	
		Mot6+7	1	0,5	
		Mot7+8	7	3,5	
		Total	51	25,5	
	3 motivos	Mot1+3+6	1	0,5	
		Mot1+3+7	3	1,5	
		Mot1+3+8	1	0,5	
		Mot1+6+7	1	0,5	
		Mot1+7+8	2	1,0	
		Mot1+7+10	1	0,5	
		Mot2+3+7	1	0,5	
		Mot2+3+8	1	0,5	
		Mot3+6+8	2	1,0	
		Mot3+7+8	3	1,5	
		Total	16	8,0	
	4 motivos	Mot1+3+6+8	1	0,5	
		Mot1+3+7+8	2	1,0	
		Total	3	1,5	
		Total	200	100,0	
		Missing	10	4,8	

Apêndice 6 – Correlações dos fatores valorizados na escolha da farmácia

			Correlações									
			Não tenho que dar dados pessoais nem identificar-me	Horário de funcionamento adequado às minhas necessidades	Localização ou proximidade da farmácia	Privacidade do atendimento	Reduzido tempo de espera para ser atendido	Confiança no aconselhamento e competência do farmacêutico	Instalações confortáveis	Não conheço outro lugar para fazer o(s) teste(s)	Não me sinto à vontade para ir a outros serviços de saúde (tenho medo ou vergonha do que as pessoas vão pensar de mim)	Tenho receio de ser discriminado se fizer teste em outro local
Spearman's rho	Não tenho que dar dados pessoais nem identificar-me	Coefficiente de Correlação		,293**	,115	,475**	,189**	,283**	,283**	,114	,417**	,372**
		Sig. (2-tailed)		,000	,114	,000	,009	,000	,000	,119	,000	,000
		N		189	190	192	192	192	189	187	189	189
	Horário de funcionamento adequado às minhas necessidades	Coefficiente de Correlação			,495**	,463**	,426**	,442**	,349**	,049	-,016	,009
		Sig. (2-tailed)			,000	,000	,000	,000	,000	,498	,830	,900
		N			193	194	193	193	191	190	190	191
	Localização ou proximidade da farmácia	Coefficiente de Correlação				,401**	,404**	,385**	,349**	,021	-,071	-,074
		Sig. (2-tailed)				,000	,000	,000	,000	,775	,326	,308
		N				196	195	195	191	190	191	191
	Privacidade do atendimento	Coefficiente de Correlação					,530**	,592**	,466**	,061	,291**	,263**
		Sig. (2-tailed)					,000	,000	,000	,398	,000	,000
		N					198	197	193	192	191	192
	Reduzido tempo de espera para ser atendido	Coefficiente de Correlação						,555**	,443**	,100	,038	,051
		Sig. (2-tailed)						,000	,000	,170	,601	,486
		N						196	192	191	191	192
	Confiança no aconselhamento e competência do farmacêutico	Coefficiente de Correlação							,671**	,126	,158*	,200**
		Sig. (2-tailed)							,000	,083	,029	,005
		N							193	191	191	192
	Instalações confortáveis	Coefficiente de Correlação								,208**	,183*	,232**
		Sig. (2-tailed)								,004	,012	,001
		N								188	188	189
	Não conheço outro lugar para fazer o (s) teste(s)	Coefficiente de Correlação									,364**	,244**
		Sig. (2-tailed)									,000	,001
		N									190	191
	Não me sinto à vontade para ir a outros serviços de saúde (tenho medo ou vergonha do que as pessoas vão pensar de mim)	Coefficiente de Correlação										,816**
		Sig. (2-tailed)										,000
		N										192
	Tenho receio de ser discriminado se fizer teste em outro local	Coefficiente de Correlação										
		Sig. (2-tailed)										
		N										

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

 Correlação fraca

 Correlação moderada

 Correlação forte